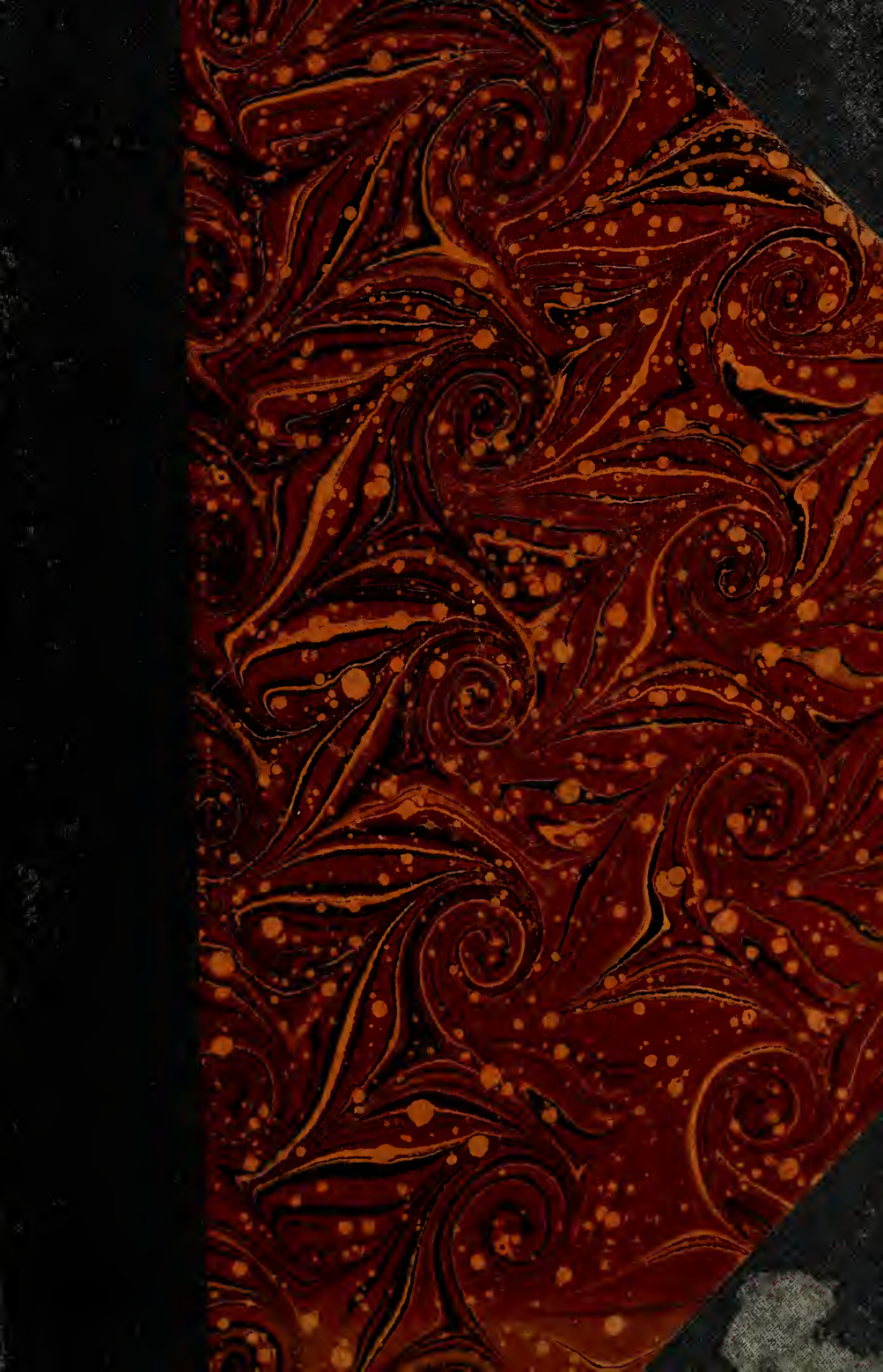


BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

DES

GROSSESSES

EXTRA-UTÉRINES

213.

Par M. Alexis MOREAU

Ancien Interne des hôpitaux,
Ex chef de clinique d'accouchement de la Faculté de médecine de Paris,
Membre de la société anatomique.

PARIS

CHEZ GERMER-BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,
RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17.

1853.

25 X 2

OSTHN
1919
RARY

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
University of Ottawa

http://www.archive.org/details/desgrossessesext00more

DES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

Le sujet que j'ai à traiter a depuis longtemps préoccupé les physiologistes et les médecins, et malgré les nombreuses observations qui ont été faites, malgré les différentes théories physiologiques et les dissections attentives, l'histoire des grossesses extra-utérines présente encore beaucoup d'obscurité. Comment en serait-il autrement dans une question qui touche à la fois au phénomène si peu connu de la fécondation, au développement du nouvel être, à la physiologie et à la pathologie de la grossesse, enfin, à la thérapeutique, qui tantôt reste spectatrice impuissante des efforts de la nature, tantôt leur vient en aide ou les combat?

Pour bien comprendre le mécanisme des grossesses extra-utérines, il est bon de rappeler en quelques mots quels sont les organes maternels qui concourent à la génération. Ces organes sont les ovaires, les ovules, les trompes et l'uté-

rus. Suivant la théorie généralement admise de nos jours, il faut, pour que la fécondation ait lieu, que le principe fécondant soit conduit de l'utérus dans la trompe, et de celle-ci sur l'ovule, placé à la surface de l'ovaire. Au moment de l'imprégnation, le pavillon de la trompe s'applique sur l'ovaire, l'embrasse d'une manière intime et favorise ainsi la fécondation de l'ovule. Celui-ci passe ensuite dans la trompe et arrive dans l'utérus où il se développe. Tel est le mode suivant lequel la fécondation régulière se fait, et telle est aussi la progression régulière de l'ovule fécondé, dans les organes maternels.

Mais supposons que, par suite d'une cause quelconque, l'ovule fécondé, au lieu d'être saisi par le pavillon de la trompe, reste adhérent à l'ovaire ou qu'il glisse entre le pavillon et l'ovaire, dans la cavité abdominale, ou bien encore que pénétrant dans la trompe, il trouve un obstacle à son passage dans la cavité utérine, il peut se développer dans le point où il s'est anormalement fixé et constituer une des différentes espèces de grossesses extra-utérines. Nous pouvons donc définir la grossesse extra-utérine, celle dans laquelle *le produit de la conception se développe ailleurs que dans la cavité utérine.*

Baudelocque dit, en parlant des grossesses par erreur de lieu : « Si le premier siége de

l'homme, comme l'a dit le savant et illustre baron de Haller, et ainsi que beaucoup d'autres l'ont pensé, est manifestement dans l'ovaire, si c'est là où il est conçu et si la trompe n'est que le canal destiné à le transmettre dans la matrice, ces sortes de grossesses ne doivent pas nous surprendre, et celles où l'enfant se développe dans la matrice même sont bien plus propres à exciter notre admiration. Que d'obstacles, en effet, l'œuf fécondé ou le premier produit de la conception ne doit-il pas rencontrer avant que d'y arriver, et que de facilité la trompe, si étroite du côte de ce viscère et si large vers le ventre, ne lui offre-t-elle pas à descendre ou à tomber dans cette cavité »

Les grossesses extra-utérines peuvent se développer, comme nous venons de le voir, en dehors des organes génitaux, dans la cavité abdominale ou la cavité pelvienne; ou bien elles peuvent se développer dans l'intérieur même de ces organes, dans les parois utérines, dans les trompes et suivant bon nombre d'observateurs dans le tissu même de l'ovaire; enfin, ces grossesses peuvent être à la fois intra et extra-utérines.

Cette distinction suivant le siége, n'a pas été faite de tout temps, et dans les premières observations, on ne trouve rien de bien précis à cet égard. On se contentait de constater que la gros-

sesse n'avait pas eu lieu dans l'utérus, sans se préoccuper beaucoup des rapports qu'elle affectait avec les trompes et les ovaires. Plus tard, le siége de la maladie a été recherché avec plus de soin, et malgré les difficultés que l'examen anatomique présente souvent, on a pu, dans un grand nombre de cas, préciser le lieu occupé par l'œuf et ses rapports avec les organes voisins.

BOSTON MEDICAL
OCT - 1 1919
LIBRARY

Division des grossesses extra-utérines.

Les grossesses extra-utérines observées depuis longtemps, n'ont été bien classées que de nos jours; des faits nombreux ont pu être réunis, groupés; l'anatomie pathologique est venue les éclairer et a permis d'en donner des descriptions précises. Baudelocque divisait ces grossesses : en grossesses ovariques, tubaires et abdominales; M. Velpeau y a ajouté les grossesses interstitielles et les grossesses utéro-tubaires, ces dernières avec une certaine restriction. M. Dezeimeris a augmenté encore le nombre de ces divisions, qui ont été portées à dix. Nous adopterons cette dernière classification, et nous examinerons successivement les différentes espèces.

1° Grossesse ovarique.
2° Grossesse sous-péritonéo-pelvienne.
3° Grossesse tubo-ovarique.
4° Grossesse tubo-abdominale.
5° Grossesse tubaire.
6° Grossesse tubo-utérine-interstitielle.
7° Grossesse utéro-interstitielle.
8° Grossesse utéro-tubaire.

9° Grossesse utéro-tubo-abdominale.
10° Grossesse abdominale.

Grossesse ovarique.

Pour la première espèce admise par M. Dezeimeris, nous trouvons des contestations nombreuses. Elle a d'abord été acceptée, puis les théories sur la fécondation sont venues jeter du doute sur son existence, on s'est demandé comment il pouvait se faire que l'ovule encore renfermé dans l'ovaire pût recevoir le contact du sperme, être fécondé et se développer dans cet organe. Chaussier pensait que le germe de l'homme parvenait à celui de la femme par absorption ; d'autres, se fondant sur la possibilité du passage de fluides de différentes natures à travers des membranes de l'économie, ne regardent pas comme impossible la pénétration du sperme dans l'ovaire. En admettant ces idées, il serait facile d'expliquer la fécondation dans l'ovaire et par suite les grossesses ovariques. Mais ces théories ne sont pas incontestables. On a invoqué l'anatomie pathologique : les dissections minutieuses qui ont été faites, et, pour un certain nombre d'auteurs, les cas cités par Bœhmer, en 1752, par MM. Doudement, Condic, Gaussais, Bouchenel et plusieurs de ceux réunis par M. Dezeimeris, ne laissent aucun doute sur l'existence des grossesses ovariques. Mais l'anatomie, qui éclaire d'une manière si remar-

quable l'étude de plusieurs autres espèces de grossesses extra-utérines, n'a pas encore démontré d'une manière incontestable l'ovule développé dans le tissu même de l'ovaire. Voici sur ce sujet comment s'exprime M. Velpeau, dans son Traité d'accouchements :

« J'ai appris, à mes propres dépens, combien il est facile de s'en laisser imposer sur ce point. En 1824 et 1825, je rencontrai des débris de conception extra-utérine sur quatre sujets. J'enlevai les parties sexuelles avec le plus grand soin, et je crus avoir quatre faits en faveur de la gestation ovarique. Je les présentai à la Société philomatique, où quelques membres manifestèrent des doutes sur la possibilité du fait. MM. de Blainville et Serres furent nommés pour assister à la dissection que j'en fis le lendemain. Nous acquîmes la certitude que trois de ces tumeurs étaient hors de la glande germifère. Nous éprouvâmes plus de difficulté pour la quatrième, qui ne dépassait pas le volume du pouce; mais enfin, après avoir isolé la trompe, qui était saine, nous reconnûmes que le détritus de conception occupait un sac particulier entre la couche péritonéale et la membrane propre de l'ovaire, qui en était entièrement distincte. Aucun des faits qu'on invoque pour faire admettre ce genre de grossesse n'a certainement été examiné avec plus de soin. Sans les objections et la présence d'un défenseur habile de l'opinion opposée, nous fussions cependant restés convaincus que la tumeur avait son siége dans le parenchyme même de l'ovaire.»

« Peut-être d'ailleurs y a-t-il ici dispute de mots plutôt que de choses. Pour moi, je ne prétends pas soutenir qu'on n'a jamais observé l'œuf à la surface de l'ovaire, mais seulement qu'une fois vivifié, on ne l'a point encore trouvé renfermé dans la coque de cet organe comme dans un kyste. Il serait possible ensuite que les partisans de la grossesse ovarique n'entendissent autre chose par là que le développement du germe dans sa vésicule déchirée ou sur la périphérie de la glande qui l'a produit. La question alors ne souffrirait plus de difficulté, et tout le monde serait bientôt d'accord. »

M. J. Cloquet, à l'occasion d'une grossesse extra-utérine abdominale qu'il observa sur une chatte, et dont il présenta la pièce anatomique à la Faculté de médecine en 1820, fait remarquer que chez la femme il est très-difficile de constater l'existence de la grossesse extra-utérine abdominale, parce que l'œuf par son poids tombe dans la partie la plus déclive de la cavité péritonéale, dans le petit bassin, et s'y développe en contractant des adhérences avec les ovaires, les trompes, les ligaments larges, de sorte qu'il est presqu'impossible de distinguer alors si le fœtus s'est développé dans la cavité du péritoine, ou bien dans un des organes accessoires de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, que le fœtus se soit développé dans le tissu même de l'ovaire ou à sa surface, on a réuni un grand nombre d'observations sous le titre de grossesse ovarique. Bœhmer les a divisées en deux

variétés adoptées par M. Dezeimeris et M. Cazeaux : la grossesse ovarique interne, celle dans laquelle le fœtus se serait développé dans l'ovaire ; l'observation dans laquelle Bœhmer décrit avec soin la membrane propre de l'ovaire et son enveloppe péritonéale serait un exemple de cette variété. L'autre variété est la grossesse ovarique externe : dans celle-ci l'ovule, après avoir rompu la vésicule dans laquelle il était contenu avant la fécondation, est resté adhérent et s'est développé à la surface de l'ovaire.

En faisant abstraction de cette distinction, nous pouvons dire que la grossesse extra-utérine, dans laquelle l'œuf conserve des rapports intimes avec l'ovaire, et que nous nommerons grossesse ovarique, est relativement aux autres espèces assez fréquente. Pour M. Velpeau, la plupart des grossesses attribuées à l'ovaire sont évidemment des cas de grossesses abdominales.

En 1828, M. Petsch avait rassemblé trente-six cas de grossesses qu'il regarde comme ovariennes ; et M. Dezeimeris croyait en 1837 pouvoir en ajouter une vingtaine à ce nombre.

Grossesse sous-péritonéo-pelvienne.

Dans cette variété de grossesse extra-utérine, l'ovule, après avoir quitté la vésicule de l'ovaire, n'a pas pénétré dans l'ouverture externe de la trompe,

s'est glissé entre les deux feuillets du ligament large, et s'est développé en ce point. L'œuf est, dans ce cas, situé dans la cavité pelvienne et en dehors du péritoine. M. Jacquemier fait remarquer que cette dénomination a peut-être l'inconvénient de ne pas caractériser suffisamment cette disposition; « car, dit-il, les grossesses qui ont leur siége dans l'ovaire, dans un point des trompes, sont en dehors du péritoine, et tout aussi bien sous-péritonéales que la grossesse utérine elle-même : c'est plutôt un terme générique en opposition avec celui de grossesse abdominale ou intra-péritonéale, qui peut être employé pour désigner toutes les espèces qui ont leur siége dans l'ovaire et dans les divers points du trajet des trompes, jusque dans l'épaisseur des parois utérines. »

M. Dezeimeris pense que cette variété n'est pas rare, et que la position qu'occupe l'œuf le rend accéssible aux opérations chirurgicales qu'on peut tenter pour l'extraire. S'il survient des abcès dans le voisinage, par suite d'un travail à la fois inflammatoire et éliminatoire, ces abcès peuvent faire communiquer le kyste fœtal avec le vagin ou le rectum, et la guérison, dans ces cas, peut se faire par les seuls efforts de la nature. M. Cazeaux est porté à penser que le cas observé par M. P. Dubois à la Clinique d'accouchement de Paris, en 1837, et dont M. Voillemier a donné les détails dans les Archives générales de médecine, appartenait à cette variété.

Le docteur Loschge a publié un cas dans lequel le fœtus, âgé de cinq mois, pourvu de ses membranes

et de son placenta, s'était développé entre les feuillets du ligament large; dans ce cas, il n'y avait pas de trace de caduque dans l'utérus.

Un autre cas a été rapporté par Lobstein, et la pièce est conservée dans le Musée anatomique de Strasbourg : il s'agit d'une femme chez laquelle on fit, après la mort, la section césarienne dans le but de conserver l'enfant qui était arrivé à terme; mais il était trop tard. A l'autopsie on trouva la matrice plus volumineuse qu'à l'ordinaire : elle avait sept pouces de longueur, cinq pouces de largeur à son fond, et neuf lignes d'épaisseur dans ses parois; l'intérieur était tapissé par une membrane caduque. Au côté gauche de la matrice se trouvait un vaste sac qui servait de réservoir au fœtus; ce sac était adhérent à tout ce côté de la matrice, depuis son fond jusqu'à son col, il était placé entre les feuillets du ligament large.

Ce développement considérable de la matrice, dans un cas où le fœtus n'était pas contenu dans son intérieur, se remarque dans un grand nombre d'observations de grossesses extra-utérines développées dans le voisinage de cet organe.

Dans ces cas de grossesse sous-péritonéo-pelvienne, comme le fait remarquer M. Dezeimeris, le kyste placé au premier temps de son existence, en dehors du péritoine, ne paraît pas devoir pénétrer dans son intérieur, par suite des progrès de son développement, mais au contraire le ligament large, en se développant à mesure que le produit de la conception

grossit dans la cavité pelvienne, doit former une sorte de plancher qui l'y retient et lui ferme l'entrée de la cavité abdominale. L'observation de la femme Lefort, publiée dans *l'Art des accouchements,* de Baudelocque, pourrait trouver ici sa place, mais elle est dans un livre où tout le monde peut la lire; elle est d'ailleurs trop intéressante sous beaucoup de rapports pour que nous n'en donnions qu'un extrait.

M. Dezeimeris, qui ne considère pas cette grossesse comme rare, croit qu'on peut faire rentrer dans cette catégorie le cas de Noël, publié dans l'ancien journal de médecine sous le titre de *Grossesse vaginale.*

Grossesse tubo-ovarique.

C'est avec un petit nombre d'observations que M. Dezeimeris a constitué cette catégorie. Dans la grossesse tubo-ovarique, le kyste fœtal est formé à la fois par l'ovaire et par le pavillon de la trompe dilatée, dont les extrémités, par suite probablement d'inflammation survenue peu de temps après la fécondation, ont contracté des adhérences avec la tunique ovarienne; l'ovule a été pour ainsi dire arrêté au premier pas qu'il avait à faire pour se rendre dans l'utérus. Voici deux observations trop intéressantes pour que je ne les rapporte pas :

Une femme de trente-deux ans, mère de cinq enfants, reçut, dans la seconde semaine qui suivit sa sixième conception, un coup violent dans l'hypogastre. Les désordres produits par cet accident, qui fut suivi d'une syncope, ne suffirent point pour déterminer l'avortement, mais provoquèrent l'inflammation des viscères contenus dans cette région. Des métrorrhagies qui se renouvelèrent à diverses reprises, des symptômes inflammatoires divers, des douleurs permanentes dans le bas-ventre et enfin une dernière hémorrhagie firent périr la malade.

A l'autopsie, on trouva une grande quantité de sang épanché dans l'abdomen, en partie fluide et en partie coagulé. Un fœtus d'environ dix semaines, enveloppé de ses membranes, fut trouvé dans un énorme caillot. L'utérus avait son fond contre les pubis et son col appuyé sur le milieu du sacrum. Ce changement dans sa situation naturelle avait été déterminé par une tumeur placée au côté gauche de la matrice. L'examen attentif qu'on fit des parties contenues dans le petit bassin, y montra d'abord des traces évidentes d'une violente et longue inflammation dont elles avaient été le siége, particulièrement à gauche, c'est-à-dire du côté de la tumeur. Celle-ci était constituée par l'ovaire, la trompe et le ligament large, considérablement épaissis et modifiés dans leur structure. Les franges du pavillon de la trompe adhéraient intimement avec l'enveloppe de l'ovaire, et ces deux organes formaient ensemble un kyste dont la distension par le corps qui y était contenu

avait déterminé la rupture. Au milieu de l'ovaire on trouva le corps jaune, entièrement détaché des parties environnantes. (*The Dublin, journal of. med. sc.*, 1833.)

Voici l'autre observation :

Une femme d'environ vingt-cinq ans, condamnée à mort, ayant eu commerce avec des prisonniers quelques jours après être accouchée, et dans l'espoir d'échapper au supplice si elle devenait grosse, conçut effectivement ; néanmoins, elle fut exécutée peu de temps après. Bussière, qui fit l'autopsie du corps de cette femme, trouva que la trompe du côté droit était extraordinairement dilatée par son extrémité, et cette dilatation, dont la plus grande largeur avait un pouce de diamètre, s'étendait un peu plus d'un pouce et demi, en diminuant du côté de la matrice. Cette partie de la trompe ainsi dilatée, se recourbait et embrassait presque tout l'ovaire, à la membrane duquel elle était si adhérente, qu'elle n'en put être détachée qu'en déchirant les adhérences. Aussitôt qu'elle en fut détachée, il en sortit une liqueur limpide et onctueuse, laquelle s'étant écoulée, l'œuf parut à découvert ; il était de la grosseur d'une noisette, entouré de cette liqueur ; les trois quarts étaient déjà hors de l'ovaire par le trou qu'il y avait fait, en sorte qu'il semblait ne tenir plus ; cependant, lorsqu'on voulut le tirer, on le trouva encore attaché par un pédicule assez dur, parsemé de vaisseaux sanguins. (*Phylos. transact.*, et Duverney, *OEuvres anatomiques.*)

Dans un cas cité par le chirurgien Reiss, le kyste était formé par l'ovaire et la trompe gauche; il était déchiré du côté de la trompe. A travers la déchirure, le fœtus (de trois à quatre mois) avait passé dans l'abdomen. Il tenait encore au cordon qui traversait la déchirure, et se fixait au placenta, encore adhérent dans le kyste.

Grossesse tubo-abdominale.

Dans cette grossesse, l'ovule, arrêté par une oblitération de la trompe ou par une autre cause, très-près du pavillon, peut se développer à l'entrée même du canal, en dilater les parois et, par une portion de sa surface, rester libre dans la cavité abdominale. Il est, pour ainsi dire, suspendu à l'extrémité de la trompe. M. Dezeimeris en cite plusieurs exemples.

Une femme de vingt-six ans mourut à la suite d'une métrorrhagie violente et de douleurs permanentes dans le côté gauche du bas-ventre. La trompe gauche, fort dilatée, contenait le placenta dans son intérieur, tandis que le fœtus d'environ deux mois s'était développé dans la cavité abdominale.

Le second cas est plus détaillé : Le docteur J. Wishart, de Washington, eut, le 4 octobre 1823, une consultation avec le docteur Stevens au sujet d'une négresse de 38 ans. Le docteur Stevens avait

été appelé quelques jours auparavant auprès d'elle, pour l'assister dans le travail de l'enfantement. Il y avait un an que cette femme avait eu une violente dyssenterie, qui l'avait laissée dans un état de faiblesse dont elle n'était pas relevée quand elle s'était reconnue enceinte. Plus tard, elle fit une chute dans laquelle elle éprouva la sensation de quelque chose qui se serait rompu dans son ventre. Depuis, elle y avait toujours ressenti une forte douleur. Un jour, après avoir éprouvé une agitation des plus violentes, le fœtus cessa pour toujours de se mouvoir. Jusqu'au moment où M. Stevens fut appelé, la malade avait pu vaquer aux travaux de la maison, quoique, d'après son calcul, le terme de sa grossesse fût déjà passé depuis le mois d'août. D'après toutes les circonstances du cas, Wishart et Stevens diagnostiquèrent une grossesse extra-utérine et proposèrent à la malade la gastrotomie, qu'elle accepta. Une incision de six pouces de long fut pratiquée au côté droit de l'abdomen, parallèlement à la ligne blanche et à environ un pouce de distance de cette ligne. Quand le péritoine et les membranes furent divisés, il s'écoula beaucoup d'eau, et un des pieds du fœtus se présenta. Sa tête était située dans la région iliaque gauche. Ses enveloppes avaient contracté beaucoup d'adhérences, mais il fut facile de les détacher. Le placenta, avec une portion des membranes, était en partie enfermé dans la trompe droite, qui formait une cavité de deux à trois pouces de diamètre, dans laquelle il était solidement fixé le tout;

fut extrait et la plaie réunie. La malade mourut le cinquième jour après l'opération : une inflammation violente s'était développée dans l'abdomen ; la trompe droite était fort altérée ; l'utérus était sain (*The Philadelphi journal of medical and physical science, etc.*, 1825, et *Medicinisch-chirurgische Zeitung*, 1828).

M. Dezeimeris rapporte encore à la grossesse tuboabdominale, le cas sommairement décrit par Bianchi, dans le *Theatrum anatomicum* de Manget. « Bien des circonstances, dit-il, sont remarquables dans cette observation ; mais les seules que nous ayons à mentionner ici sont les suivantes, savoir : que le pavillon de la trompe droite, déployé, faisait partie du kyste gestateur, et que la cavité de cette trompe était assez dilatée pour avoir pu, du vivant de la femme, donner passage dans l'utérus au produit de la fonte putrilagineuse du placenta, dont l'écoulement avait eu lieu par le vagin. »

C'est encore au même genre de grossesse que se rapporte un cas lu par Büchner, de Gotha, à la Société des sciences de Gœttingue (1786). La femme enceinte pour la troisième fois, fut prise, au terme naturel, des douleurs de l'enfantement ; elles durèrent deux jours, avec écoulement, par l'orifice utérin, de mucosités sanguinolentes ; mais l'accouchement n'eut pas lieu. Environ deux ans après, les règles reparurent et continuèrent pendant six années jusqu'à la mort de la femme, à l'âge de quarante-cinq ans. Elle mourut d'hydropisie. On trouva dans l'abdomen un fœtus enveloppé dans un kyste coriacé. La trompe

se terminait en un corps sphérique solide, reste du placenta desséché et identifié en quelque sorte avec elle.

A l'ouverture du corps d'une fille de vingt-deux ans, morte de pleurésie, Vercelloni trouva à l'extrémité de la trompe de Fallope du côté gauche, embrassé en partie par les franges du pavillon de ce conduit, un œuf, de la forme et du volume de celui d'un pigeon. (Ephem. *acad. nat. curios.*, cent. VII et VIII, obs. 9, p. 23.)

Bianchi a conservé la relation d'un cas de grossesse extra-utérine, observée par Guala, qui parut aussi devoir être rangée dans la classe des grossesses tubo-abdominales. Le kyste, placé à l'embouchure même de la trompe était formé en partie par le pavillon. Le placenta était placé dans ce même pavillon, et leurs vaisseaux semblaient se confondre. Le fœtus avait péri au cinquième mois de la grossesse, et avait été rendu successivement par la voie des selles. L'utérus n'avait que le volume qu'il a chez les filles. (Bianchi, Turin, 1741.)

Enfin, on trouve un cas de grossesse tubo-abdominale dans la revue de Johnson (*Med. Chir. Journal*).

Grossesses tubaires.

De toutes les grossesses extra-utérines, la grossesse tubaire est sans contredit la plus fréquente, puis-

qu'elle forme à elle seule les deux tiers de ces grossesses anormales. La disposition anatomique de la trompe explique du reste parfaitement cette fréquence, et on pourrait être étonné de ne pas la rencontrer plus souvent, quand on songe que l'ovule doit, pour arriver à l'utérus, parcourir un canal qui va toujours en se rétrécissant et où le moindre obstacle peut arrêter sa marche et le forcer à se développer avant d'avoir atteint son réservoir normal.

Le docteur Koner, cite une femme qui mourut après avoir éprouvé des symptômes qui simulaient ceux d'un empoisonnement par l'arsenic. A l'autopsie, on trouva une grande quantité de sang épanché dans l'abdomen. Vers l'extrémité de la trompe gauche existait une tumeur de la forme et du volume d'un œuf de pigeon. L'enveloppe extérieure de cette tumeur était percée supérieurement de deux trous à recevoir la tête d'une épingle, par où le sang trouvé dans l'abdomen s'était épanché. Après avoir incisé cette enveloppe, il fut facile d'extraire l'œuf qui constituait la tumeur; il contenait, dans un liquide transparent, un embryon d'environ deux mois; l'utérus avait un volume triple de celui qui lui est naturel hors de l'état de grossesse; il était pénétré d'une grande quantité de sang et contenait une membrane caduque.

M. Velpeau, dans son traité d'accouchement, parle d'une pièce anatomique qui a été recueillie en 1834 sur une femme morte dans l'espace de six à dix

heures. C'est un cas de grossesse tubaire à l'état le plus complet possible. Le kyste, du volume d'une noix, occupait le milieu de la trompe à l'intérieur de laquelle il adhérait par toute sa périphérie, mais sans continuité de tissu.

Grossesse tubo-utérine interstitielle.

Dans cette variété, l'œuf s'arrête et se développe dans la portion de la trompe qui traverse l'épaisseur même des parois utérines; il ne faut pas la confondre avec une autre variété, la grossesse utéro-interstitielle; dans celle-ci l'œuf, après être parvenu jusqu'à la portion de trompe qui traverse les parois utérines, se fraie une voie dans l'épaisseur des parois du canal, pénètre au milieu même du tissu utérin, en abandonnant tout rapport avec la trompe. On pourrait donc regarder cette dernière variété comme pouvant être consécutive à la grossesse tubo-utérine interstitielle. Dans cette dernière, il y a souvent imperforation de l'extrémité utérine de la trompe. Dionis est le premier qui ait parlé de la grossesse tubo-utérine interstitielle, et qui en ait donné la véritable explication.

Voici comment il s'exprime à ce sujet dans son Traité d'anatomie : « Il est vraisemblable de croire qu'un œuf, s'étant détaché de l'ovaire, a coulé par la trompe jusqu'à son extrémité où elle entre dans la

matrice, et par la petitesse de son embouchure qui ne lui a pas permis de tomber dans le fond de la matrice; il y a grossi, et, en grossissant, a obligé la substance de la matrice de s'étendre et de lui faire une poche capable de contenir l'enfant jusqu'à trois mois, et qu'elle s'est crevée, ne pouvant pas se prêter davantage. »

W. Smith, en 1801, dans le Recueil des actes de l'Académie Joséphine médico-chirurgicale de Vienne, a donné une observation de grossesse tubo-utérine-interstitielle.

Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, enceinte pour la sixième fois, et qui éprouva un mois avant sa mort, à la suite d'un petit voyage, une douleur gravative à l'estomac, qui persista pendant dix jours, au bout desquels survinrent des vomissements. Elle ne se croyait pas enceinte, parce que ses règles n'avaient éprouvé ni suspension, ni retard, et qu'elle ne ressentait rien de ce qu'elle avait éprouvé dans ses grossesses précédentes. Le jour de sa mort, dans la matinée, elle se trouvait mieux qu'elle n'avait été depuis plusieurs semaines; mais à midi, elle eut des malaises et des vomissements; bientôt des syncopes survinrent, et le soir, vers cinq heures, cette femme mourut dans de violentes convulsions. L'abdomen contenait une grande quantité de sang, l'utérus, volumineux, plus gros à droite qu'à gauche, offrait une rupture sur le lieu le plus développé; la cavité de ce viscère, tapissée par une membrane caduque, n'avait aucune communication avec le sac qui contenait

le fœtus. Cette excavation était formée dans la propre substance de l'utérus, et le fœtus paraissait avoir six semaines ; l'orifice utérin de la trompe droite était absolument fermé, tandis que celui de la trompe gauche était libre.

Une observation d'Albers est relative à une femme qui fit une chute dans un escalier, le 19 septembre 1811, vers huit heures du matin ; elle éprouva une vive douleur qui lui fit perdre connaissance; les douleurs continuèrent toute la journée, et elle mourut à deux heures du matin. A l'autopsie, on trouva la cavité abdominale remplie par du sang noir coagulé, et au milieu des caillots on découvrit un petit fœtus qui, d'après sa grosseur fut regardé comme ayant environ neuf semaines. L'utérus avait tous les caractères qu'il offre dans l'état de gestation. On reconnut que l'œuf s'était développé dans la partie de la trompe de Fallope, qui perce la substance utérine, et que le tissu de la matrice et le péritoine en rapport avec cet organe avaient été distendus jusqu'à ce que la déchirure en résultât. Aucun vestige des membranes de l'œuf ne put être découvert. La déchirure aurait tout au plus donné passage à un corps du volume d'un pois, et il en sortait des petits filaments d'un rouge foncé.

Dans une observation tirée du Mémoire de Minière, sur la grossesse interstitielle (*Archives méd.*) nous voyons que chez une femme qui fut prise tout à coup d'une douleur violente, la mort survint au bout de quatorze heures, à la suite de syncopes,

nausées, vomissements, pâleur, froid des extrémités, tension de l'abdomen, pouls insensible. On trouva, à l'autopsie, le petit bassin rempli de sang pris en caillots. A l'insertion de la trompe gauche, il existait une tumeur creuse de forme conique, tronquée au sommet, à base élargie, offrant le volume et l'aspect d'une moitié de noix, et occupant exactement l'espace compris entre l'insertion de la trompe et le fond de l'utérus. Recouverte par le péritoine et formée par le tissu propre de la matrice, elle présentait un peu en arrière des fongostés saillantes, au milieu desquelles se trouvait une ouverture irrégulière déchirée, et capable de recevoir une plume à écrire. La cavité de cette tumeur ne communiquait en aucune manière avec celle de l'utérus. Il existait entre elles une cloison épaisse de quatre à cinq lignes, formée par la substance de l'organe. La trompe du côté gauche s'insérait sur la base de la tumeur; son orifice utérin était oblitéré.

Si on compare cette observation dans laquelle le produit de la conception n'a pas été noté, aux observations du même genre où on a pu trouver le fœtus, on peut par analogie être convaincu qu'il s'agit ici d'un cas de grossesse, et que la tumeur décrite n'est autre chose qu'un kyste fœtal déchiré.

« M. P. Dubois, dit M. Dezeimeris, possède une pièce qui lui fut envoyée en 1832 avec une courte relation, par M. le Dr Hoden, de Rouen, laquelle est des plus propices à jeter du jour sur la nature des grossesses dites interstitielles, et à dévoiler le méca-

nisme de leur formation. Le kyste gestateur, dont la déchirure a causé la mort de la femme dans le troisième mois de la grossesse, existe dans l'épaisseur des parois utérines, à la base d'une trompe, et celle-ci en fait partie.

« La femme avait succombé en quelques heures à une douleur atroce dans l'abdomen, avec tous les symptômes d'une hémorrhagie interne, et l'autopsie montra en effet un énorme épanchement sanguin dans cette cavité. »

Grossesse utéro-interstitielle.

Comme nous l'avons déjà dit, dans la grossesse utéro-interstitielle, l'œuf arrivé dans ce point de la trompe qui traverse les parois utérines, se fraie une voie à travers l'épaisseur des parois du canal, et pénètre au milieu des fibres de l'utérus sans conserver aucun rapport avec les parois de la trompe. Le kyste qui l'environne est seulement formé par les fibres musculaires de la matrice. Mais comment cette pénétration se fait-elle, voilà ce qui reste encore problématique. On sait que M. de Blainville, en examinant le vagin d'une jeune truie, a trouvé un conduit particulier, qui ayant son orifice extérieur de chaque côté du méat urinaire, se continue dans l'épaisseur des fibres musculaires du vagin, se rétrécit au niveau du col utérin, mais ne se continue pas moins

dans l'épaisseur des fibres de la matrice. Ce canal suit le corps de l'utérus, l'abandonne ensuite et se porte parallèlement à la corne correspondante dans l'épaisseur du ligament large.

M. de Blainville dit n'avoir rien trouvé de semblable chez la femme. M. Baudelocque neveu paraît avoir été plus heureux, comme on peut le voir en lisant le fait qu'il a communiqué à l'Académie de médecine en 1826. Suivant M. Cazeaux, cette disposition anatomique qui aurait été constatée un grand nombre de fois, peut seule expliquer la grossesse utéro-interstitielle. Une fois arrivé au milieu des fibres utérines, l'œuf peut se diriger vers les fibres les plus externes, et par son développement faire saillie à la surface externe de la matrice, ou vers la surface interne, dont il n'est quelquefois séparé que par une couche musculaire très-mince.

Voici ce que dit à ce sujet M. Dezeimeris :

« De toutes les observations qu'on possède, la plus précieuse, pour l'authenticité que donne à tous les détails qu'elle renferme l'habileté connue du médecin à qui on la doit, est celle communiquée par Dance à M. Breschet et qui est la sixième dans le mémoire de ce dernier. On y voit que la grossesse était réellement interstitielle, purement interstitielle, c'est-à-dire sans participation de la trompe à la formation du kyste qui renfermait le fœtus; mais on y voit aussi que la trompe, quoique fort étroite dans le trajet qu'elle parcourait accolée à ce kyste pour traverser l'utérus, offrait une ouverture dans un point de ce

trajet, laquelle fut prise, à la vérité, pour une déchirure faite en détachant le placenta, mais dont l'existence remontait bien plus probablement à l'origine même du passage de l'œuf dans le tissu de la matrice. Cette circonstance de l'observation conduit, par une gradation insensible, des grossesses tubo-utérines interstitielles aux grossesses interstitielles, dont le siége est le plus éloigné de la trompe ; elle révèle le mécanisme de ces dernières et fait cesser le merveilleux qu'y avaient trouvé ceux qui n'en connaissaient pas d'autres. »

« La même remarque s'applique à l'observation communiquée l'an passé par M. Pinel-Grandchamp à l'Académie de médecine. L'utérus avait le volume qu'il offre à six semaines ou deux mois de gestation ; à son angle gauche apparaissait une tumeur qui s'était rompue en arrière par une assez petite ouverture. Cette tumeur formait une poche contenant le produit de la conception. La trompe passait en arrière de la tumeur. M. Thompson, qui avait préparé cette pièce avec l'habileté qu'on lui connaît, put faire passer un fil métallique dans les deux tiers externes de la trompe ; le tiers interne fut mis à nu et l'on ne trouva d'autre communication de la trompe avec le kyste qu'un orifice presque microscopique. Le calibre de la trompe n'était augmenté en aucun point de son étendue. Le kyste avait une capacité à contenir une aveline. La cavité utérine était un peu accrue, et ses parois épaissies, elle contenait une membrane caduque complète ouverte près

du museau de tanche, mais sans ouverture à l'orifice des trompes. Enfin, dans l'ovaire gauche qui avait fourni l'ovule, se voyait le *corpus luteum.* »

Grossesses utéro-tubaire.

De même qu'à l'extrémité externe de la trompe l'œuf peut s'arrêter, se développer et constituer ce que nous avons décrit sous le nom de grossesse tubo-abdominale, de même l'œuf, au moment pour ainsi dire où il va franchir la trompe et entrer dans la cavité utérine, peut s'engager dans un enfoncement, une dépression de la muqueuse, s'y arrêter, s'y greffer, et constituer alors une nouvelle variété de grossesse extra-utérine mixte, la variété utéro-tubaire.

Cette grossesse a été repoussée par quelques personnes. Les faits qui ont été publiés sur elle sont peu nombreux et peu probants. On trouve dans un mémoire de M. Guillemot, inséré dans les *Archives de médecine de* 1832, plusieurs faits intéressants. Cette grossesse, comme on peut le voir par l'observation suivante, peut se terminer par le passage du fœtus dans l'utérus.

Une femme, mère de quatre enfants, offrit pendant sa cinquième grossesse un développement tout particulier de l'abdomen : un seul côté, le côté droit, avait acquis du volume; il était séparé du gauche par une ligne de démarcation bien tranchée. La femme

n'avait senti de mouvements que dans ce côté; ils y étaient douloureux et répondaient surtout sous les fausses côtes. Après quatre jours de travail sans résultat, Fielitz fut appelé. Après avoir reconnu cette anomalie, il porta la main dans l'utérus et trouva la tête du fœtus libre, au fond et à droite de la cavité de cet organe; il l'embrassait dans tous les sens, mais le cou de l'enfant était serré par l'orifice utérin de la trompe, dans laquelle son corps était enfermé tout entier. Les tractions exercées sur la tête causaient à la femme un sentiment de déchirement qui obligea à cesser toute tentative pour l'extraire. Après avoir dilaté l'orifice tubaire avec le bout du doigt, non sans causer de très-vives douleurs, il s'échappa de la trompe un flot de liquide amniotique mêlé de méconium. On put porter le doigt sous une aisselle du fœtus, et on parvint ainsi à l'amener dans la matrice. Le placenta, qui était dans cette cavité anormale, fut aussi extrait; du sang suivit en abondance, mais cessa bientôt de couler. La contraction de la trompe fut rapide, et Fielitz au bout d'un instant ne put plus introduire le doigt dans son orifice. Il fit alors la version du fœtus et l'amena au dehors avec facilité, mais il était mort. La femme se rétablit promptement. (Richter, *Biblioth. der chir.*)

Grossesse utéro-tubo-abdominale.

Dans cette grossesse, le kyste fœtal a envahi à la fois l'utérus, la trompe et la cavité du péritoine. Malgré son étrangeté, cette variété de grossesse extra-utérine ne peut être révoquée en doute. Hunter et Hoffmeister en ont cité chacun un exemple; en voici un de Patuna qui offre le plus grand intérêt. Des faits de cette nature sont trop rares pour que je puisse les passer sous silence; ils sont extraits du mémoire de M. Dezeimeris.

« Hélène Zop, âgée de trente-cinq ans, mariée depuis douze ans, avait eu huit enfants dont deux jumeaux; elle était d'un tempérament sanguin lymphatique, grosse et corpulente. Elle avait eu deux fois en sa vie des maladies graves, mais dont la guérison avait été parfaite et sans reliquats; mais tous ses accouchements avaient été laborieux, celui des jumeaux moins que les autres. Au cinquième mois présumé de sa huitième grossesse, cherchant un jour à échapper à des bœufs qui la poursuivaient, elle fit une chute, suivie aussitôt d'une métrorrhagie violente, qui diminua peu à peu, mais qui se prolongea durant deux mois, au bout desquels elle cessa spontanément et sans remède. Hors cela, la chute, dont il vient d'être parlé, n'eut pas d'autre suite. Depuis, elle revint à la santé, et ne se plaignit de rien, si ce

n'est d'une grossesse plus pénible et plus fatigante que les précédentes, ce dont elle avait déjà fait la remarque avant sa chute.

« Le dimanche 10 juillet 1763, comme elle s'apprêtait à aller à l'église, elle fut prise, à la suite d'un violent accès de colère, d'une perte abondante et des douleurs de l'enfantement (car elle était alors à terme); cependant elle ne perdait point d'eaux, mais du sang pur. Elle sentit, presque jusqu'à son dernier soupir, les mouvements de son enfant. La sage-femme, qu'on avait appelée, annonça d'abord un accouchement prochain; mais au bout de quelques heures, comme elle voyait la perte continuer sans signe positif de l'approche de la parturition, elle fit appeler à la fois un médecin et un chirurgien. Le médecin accourt en toute hâte, et, voyant de prime-abord l'imminence du danger, il ordonne l'administration des sacrements; il prescrit en même temps divers moyens, une saignée de la salvatelle, qui fut suivie, la métrorrhagie ne perdant pas de sa violence, d'une syncope profonde. A peine les sacrements avaient-ils été administrés à la malade, qu'elle rendit le dernier soupir, à onze heures du matin le même jour.

« Patuna arriva avec son père, chirurgien pensionné de la ville, au moment même où elle venait d'expirer. Après s'être assuré de sa mort, il pratiqua sans retard sur le côté droit, où l'abdomen offrait le plus de rénitence, une incision césarienne. A peine la paroi abdominale était divisée qu'un fœtus se présenta, d'un volume énorme, et comparable à celui d'un

enfant de deux mois. Il était placé de telle sorte que son dos regardait la paroi abdominale de la mère; sa tête, immédiatement sous le diaphragme, tournée vers les vertèbres, un peu inclinée; les genoux fléchis vers la tête, la main droite sur les fesses, la gauche près de l'ombilic; le cordon ombilical, d'une longueur assez considérable, remontant en haut et à droite, faisait le tour du cou, puis allait pénétrer dans la trompe de Fallope du côté droit. Un exemple de grossesse extra-utérine étant un cas tout nouveau pour Patuna, bien qu'il connût la plupart de ceux qui avaient été publiés, il fit ses recherches avec le plus grand soin. Ayant agrandi l'ouverture faite à l'abdomen pour mieux examiner cette cavité, il rechercha avec toute l'attention possible les enveloppes du fœtus; mais ce fut en vain, il ne trouva non plus dans la cavité abdominale ni liquide amniotique, ni aucune autre espèce de liquide.

« En suivant de la main le cordon ombilical, il le vit pénétrer dans la trompe droite, à un travers de doigt de distance de l'utérus. Cette partie de la trompe du côté de l'utérus était plus volumineuse que la portion allant à l'ovaire, d'où il jugea que le cordon devait se rendre par la première jusque dans l'utérus. Ce viscère avait un volume supérieur à celui du poing, et la figure pyriforme qui lui est naturelle; on n'y voyait pas le moindre vestige d'une déchirure quelconque, pas la moindre cicatrice; il s'élevait à peine au-dessus du bassin. Ces observations faites, Patuna fit une incision à la trompe de-

puis l'entrée du cordon dans son intérieur vers l'utérus. Elle n'offrait rien de particulier, si ce n'est son adhérence avec le cordon à l'endroit où celui-ci l'avait perforée. L'utérus fut ouvert ensuite, et ne présenta non plus à l'intérieur nulle trace d'une déchirure antérieure quelconque. L'épaisseur de ses parois était d'un pouce et demi, sa substance était presque vide de sang. Dans son intérieur se trouvait le placenta qui adhérait, dans un espace peu étendu, à son fond, un peu à droite; à gauche, où il s'étendait davantage, il était détaché; il avait prés de deux doigts d'épaisseur, environ quatre pouces de diamétre; il commençait tout près de l'embouchure utérine de la trompe droite, et adhérait plus fortement en cet endroit qu'en tout autre. On voyait manifestement à sa face convexe, et au fond de l'utérus, sur lequel il était greffé, des extrémités vasculaires, Sa face concave, du milieu de laquelle naissait le cordon, était recouverte de deux membranes; l'une, l'intérieure, plus épaisse et vasculeuse, l'extérieure très-mince et translucide, qui, réunies ensemble au bord du placenta, y formaient une substance un peu plus solide, et s'y terminaient en laissant se dessiner dans leur épaisseur quelques petits vaisseaux très-fins. L'orifice interne de l'utérus admettait à peine le petit doigt. Si l'on excepte le changement de situation des intestins, tout le reste était dans l'état naturel. (Barthélemi Patuna. Vienne, 1765.)

Une femme de trente-cinq ans se plaignait, au second mois de sa grossesse, de douleurs, de coliques,

contre lesquelles on employa la saignée et d'autres remèdes, et qui cessèrent jusqu'au sixième mois; elles revinrent à cette époque avec beaucoup plus de violence, se propageant de la région ombilicale, lieu de leur origine, à la région iliaque gauche, au périnée et aux cuisses. La saignée et les opiacés ne purent les faire cesser, mais les fomentations et un emplâtre avec le galbanum et l'opium apportèrent quelque soulagement. Si elles venaient à cesser, les mouvements du fœtus les faisaient recommencer bientôt. A la fin du huitième mois et au milieu du neuvième, la malade éprouva de fausses douleurs de travail ressemblant à des coliques. William Hey, pratiquant alors le toucher, trouva le col utérin plus dur et plus long qu'il n'aurait dû être à cette époque de la grossesse. L'abdomen était développé jusqu'au niveau du milieu de l'espace qui s'étend entre l'ombilic et le creux de l'estomac, mais on ne pouvait reconnaître l'utérus en palpant l'abdomen. A la fin du neuvième mois, les mouvements du fœtus cessèrent de se faire sentir, et l'on vit survenir les signes qui annoncent ordinairement qu'il a cessé de vivre; cependant, les douleurs revenaient de temps en temps avec le caractère de vraies douleurs, mais sans produire aucun changement sur l'état de l'orifice utérin, bien que le col fût alors plus court que Hey ne l'avait trouvé au huitième mois. Il y eut, à plusieurs reprises, de légères hémorrhagies, ou un écoulement de sérosités sanguinolentes; mais ce qui tourmentait le plus la malade, c'était le fréquent vomissement de matières

porracées, elle perdit successivement ses forces, tomba dans le marasme et succomba environ trois mois après le terme naturel de la grossesse. A l'autopsie, on vit les intestins et l'épiploon adhérer tant entre eux et avec le péritoine qu'avec un grand sac particulier qui remplissait presque toute la cavité abdominale. Ce sac ayant été ouvert, il s'en écoula plusieurs mesures d'un liquide couleur chocolat, mêlé avec des matières purulentes. Les parois de ce kyste avaient une ligne et demie d'épaisseur. Sa surface externe était unie, sa face interne spongieuse, floconneuse et comme rugueuse. Dans sa cavité existait un fœtus bien conformé et sans trace de putréfaction, dont le cordon ombilical passait par une ouverture étroite, dans une cavité ayant des parois de près d'un pouce d'épaisseur, mais beaucoup moins ample, située dans l'hypocondre et la région inguinale, et qu'un examen attentif fit reconnaître pour être l'utérus. C'est dans la cavité de cet organe qu'était contenu un placenta d'une épaisseur fort au-dessus de l'ordinaire, remplissant les trois quarts de la cavité utérine, et des bords duquel partaient les membranes qui, après avoir tapissé le reste de cette cavité, allaient former la paroi interne du grand sac précédemment décrit. C'était la trompe droite qui formait (pour la plus grande partie) ce kyste fœtal (*Medical observations and inguires by a society of physicians in London*, t. III.

Une femme de trente-huit ans, mère de cinq enfants, et qui en dernier lieu avait fait une fausse

couche, devint valétudinaire, et tomba successivement dans un état qui ne lui permit plus de quitter le lit. Elle n'en devint pas moins enceinte. Le 23 juin 1831 elle fut prise de faibles douleurs d'enfantement; tout son corps s'était déformé dans sa maladie, et le bassin s'était rétréci au point de n'avoir pas un pouce de diamètre antéro-postérieur. Le ventre tombant sur les genoux rendait le toucher difficile. En explorant l'abdomen, on trouvait deux tumeurs sphéroïdales qu'on aurait prises pour deux enfants, si ce n'est que l'une d'elles offrait moins de fermeté qu'une tête d'enfant. La malade succomba. Elle était sans doute à une époque avancée de la grossesse, puisque le docteur Hoffmeister pratiqua bientôt la gastrotomie dans l'intention de sauver le fœtus. L'incision fut pratiquée à l'endroit où l'on sentait le plus distinctement la tête. L'abdomen ouvert, on trouva un kyste dans lequel était un fœtus mort, petit et mal nourri. La seconde tumeur que l'on avait sentie était l'utérus. On crut d'abord qu'il y avait eu rupture de ce viscère et passage du fœtus et de ses enveloppes dans l'abdomen, quoique la faiblesse des douleurs qui avaient eu lieu rendît cette opinion peu probable; mais on s'assura bientôt qu'il n'en était rien. Le cordon partant de l'ombilic du fœtus pénétrait dans la trompe droite, parcourait ce canal, et allait prendre racine sur le placenta qui était dans l'utérus. La matrice embrassait le placenta si exactement, qu'il était évident que le fœtus n'avait pu avoir place dans la même cavité. Les membranes

fœtales, partant de la cavité utérine, allaient, parfaitement intactes, former le kyste indiqué et envelopper le fœtus dans l'abdomen. (Rust's, *Magazin für die gesammte Heilkunde*, 1823, t. XV, p. 126-28.)

Grossesse abdominale.

Dans cette variété, le produit de la conception se développe dans la cavité du péritoine, n'affectant plus de rapports avec l'ovaire, la trompe ou l'utérus; ou du moins n'ayant avec ces organes que des rapports éloignés, il peut être porté dans des points très-éloignés de la cavité abdominale avant d'y contracter adhérence. On a trouvé le placenta inséré sur l'ovaire; le ligament large, les fosses iliaques, au-devant du sacrum, sur le mésentère, sur la face interne de la paroi antérieure de l'abdomen, sur presque tous les viscères de la cavité abdominale, sur le colon transverse, l'estomac. Je dois rappeler ici que l'anatomie pathologique n'a pas toujours indiqué d'une manière précise le lieu où s'était primitivement développé l'ovule, et à cause des désordres nombreux qui accompagnent le kyste fœtal, des adhérences avec les tissus voisins, beaucoup de grossesses extra-utérines abdominales ont pu être prises pour des grossesses décrites sous le nom d'ovariennes, comme le fait remarquer M. Velpeau. La production de la grossesse abdominale est facile à comprendre quand

on fait attention à la disposition anatomique des parties, et on s'est demandé comment il se fait qu'elle ne soit pas plus fréquente. Bianchi (*Bibl. de Planque*) pense que cela tient à ce que la très-grande majorité des germes qui s'échappent ainsi meurent avant d'avoir pu se greffer sur la membrane séreuse qui les reçoit. Malgré le nombre considérable de faits observés, la grossesse abdominale a été niée par quelques personnes qui ont prétendu que le péritoine n'était pas assez vasculaire pour fournir au développement de l'œuf. L'existence de la grossesse abdominale nous paraît incontestable.

M. J. Cloquet en a cité un cas qui se trouve consigné dans les bulletins de la Faculté de médecine (1820) : Une vieille chatte portait au niveau de l'ombilic deux tumeurs dures, assez saillantes, accolées l'une à l'autre et paraissant contenues dans la cavité du ventre. L'animal fut sacrifié et disséqué. On trouva les deux tumeurs collées derrière la paroi abdominale, au niveau de l'ombilic. Elles étaient oblongues, très-dures, aplaties; elles avaient le volume d'une petite noix, n'avaient aucune adhérence aux cornes de la matrice, ni aux circonvolutions intestinales; mais elles étaient unies de la manière la plus intime avec le péritoine qui tapissait la face interne de la partie antérieure de l'abdomen, au moyen d'anastomoses vasculaires qui se continuaient manifestement de l'une à l'autre partie. Ces tumeurs étaient enveloppées par une membrane fibreuse très-dense, et contenaient chacune un fœtus parfai-

tement formé, roulé sur lui-même, et dont tous les os étaient réunis par une substance très-dure, comme osseuse.

Notre excellent maître, M. le docteur Michon, a rapporté un fait analogue, observé par lui sur une lapine (*Archives de médecine,* 2e série, t. III).

Les observations faites sur l'espèce humaine sont nombreuses. M. le professeur Cruveilhier a montré à la Société anatomique un œuf et un fœtus qui étaient fixés dans l'excavation recto-vaginale; la rupture du kyste ne datait que de quelques jours. Les trompes, les ovaires, ainsi que la matrice étaient intacts. M. Johnson, dans le Journal des sciences médicales de Philadelphie, parle d'un fœtus qui fut trouvé enveloppé de ses membranes dans les régions ombilicales et lombaires droites, la tête complétement plongée et enclavée dans le bassin.

Dans un cas de Kelly, on trouve l'utérus repoussé en haut contre le pubis vide et de grandeur naturelle. Le fœtus était dans l'abdomen, la tête dans le cul-de-sac formé par le péritoine entre le rectum et le vagin, les pieds vers le creux de l'estomac. La trompe était parfaitement saine et ne présentait aucune trace de lésion antérieure (London, 1767).

Une des plus intéressantes observations de grossesse abdominale que nous possédions est celle qui a été rapportée par M. Ch. de Bouillon et qu'on trouve dans les bulletins de la Faculté de médecine de Paris (1821). Nous croyons devoir la reproduire malgré

son étendue, parce qu'on y trouvera un exemple frappant de la variété de grossesse qui nous occupe et la relation d'une opération sur laquelle nous aurons à revenir quand nous nous occuperons du traitement des grossesses extra-utérines.

« Une jeune négresse de vingt ans, de petite taille et fortement constituée, devint enceinte dans le commencement du mois d'avril 1819. Les menstrues cessèrent de couler, la femme éprouva les malaises qui accompagnent les premiers moments de la gros sesse, elle eut des vomissements très-fréquents pendant les deux premiers mois, les mamelles augmentèrent de volume, et le ventre se tuméfia dans toute son étendue. Au quatrième mois de la conception, les mouvements passifs du fœtus se firent sentir, la santé de la mère se maintint dans toute son intégrite; elle put continuer ses travaux jusqu'au commencement de décembre, époque à laquelle elle ressentit des douleurs qui firent penser que le moment de l'accouchement était arrivé. Une sage-femme fut appelée, mais vainement elle attendit pendant trois jours; alors le médecin du quartier fut consulté; il prescrivit des bains émollients et des compresses sur tout l'abdomen; le col lui parut dans l'état naturel, il sentit les contractions de l'utérus qui avait un volume presque égal à celui qu'il acquiert dans la grossesse ordinaire; il fut d'avis de prendre patience, que l'accouchement aurait lieu en soutenant les forces de la mère, qui paraissait épuisée par les efforts qu'elle faisait pour se délivrer. Quatre jours s'écoulèrent

dans des douleurs atroces, après lesquelles la nature parut accablée par la lutte qu'elle avait soutenue. Le calme revint sans que le ventre ait diminué de volume, et sans que le col se soit effacé; il y eut seulement un léger écoulement de matière glaireuse. On mit la négresse à de bons bouillons et à une tisane d'orge sucrée. Bientôt elle fut prise de coliques affreuses; une douleur poignante se fit sentir au-dessous de l'ombilic, l'abdomen se tuméfia considérablement, et il ne fut plus possible d'atteindre les organes contenus dans sa cavité, tant ses parois étaient tendues. Cette alternative de mieux et de plus mal persista pendant deux mois sans amener une solution quelconque, et sans que le médecin qui fut appelé eût porté son diagnostic sur des faits aussi extraordinaires. L'enfant avait cessé de se faire sentir dès les premiers moments de douleur. La malade tomba dans le marasme, ses yeux se cavèrent et furent bordés d'un cercle noir, livide; l'haleine devint puante, les seins se flétrirent, les jambes s'infiltrèrent, ainsi que la face, les grandes et les petites lèvres; il y eut perte d'appétit et de sommeil. Ce fut alors que vers la fin de janvier l'on m'adressa cette négresse pour avoir mon avis. On la descendit en hamac, et le lendemain je fus la visiter : je la trouvai dans une position presque désespérée, avec tous les symptômes que j'ai relatés plus haut; mon premier soin fut d'explorer le ventre, mais la douleur qu'elle ressentait m'empêcha de pousser mes recherches aussi loin que je l'aurais désiré. L'utérus me parut assez élevé; le

toucher ne me donna que des signes incertains. Je trouvai le col presque cartilagineux, très-dur et très-resserré, le vagin sécrétant une grande quantité de mucosité, qui donnait quelque souplesse aux parties génitales. Je crus devoir prescrire les toniques à l'extérieur, les demi-bains, les boissons ferrugineuses, les embrocations opiacées et compresses émollientes, afin de soutenir les forces et d'amener un peu de relâchement dans les douleurs abdominales. Je m'arrêtai à l'idée d'une grossesse extra-utérine, par l'état du col et par les circonstances antécédentes, mais je n'osai poser mon diagnostic en pensant à l'augmentation de volume de l'utérus et au travail qui semblait s'être fait vers cet organe, quoique Levret et le professeur Chaussier aient observé ce phénomène, dont William Tumbull fait aussi mention dans le cas qui s'est offert à sa pratique.

« Je résolus d'attendre un effort de la nature, qui travaillait à se débarrasser d'un corps qui lui était devenu étranger (car je ne doutai pas que le fœtus ne fût mort, par l'inspection exacte des symptômes qui se développaient chez la négresse); un mieux être se fit éprouver pendant une quinzaine de jours; la malade pouvait monter et descendre un morne avec facilité; j'insistai sur les analeptiques jusques au moment où une nouvelle attaque eut lieu avec redoublement de tous les accidents antérieurs. La suffocation étant imminente, deux saignées légères furent prescrites et amenèrent un peu de soulagement. Je répétai le toucher deux fois dans vingt-quatre heures;

je trouvai que le col n'avait subi aucun changement; il était pressé contre le pubis et retiré vers le haut de la symphyse; l'orifice vaginal n'était pas plus entr'ouvert qu'auparavant, et l'interne était inaccessible au doigt. J'ordonnai des cataplasmes de graine de lin sur tout l'abdomen; les douleurs cédèrent en administrant l'opium gommeux à l'intérieur et des remèdes anodins. L'état de cette négresse devenait alarmant, puisque les souffrances continuaient, qu'elle ne pouvait plus prendre aucun aliment, et qu'il s'était déclaré un dévoiement colliquatif.

«La malade fut visitée par des hommes de l'art qui ne trouvèrent pas les signes assez positifs pour s'arrêter à l'idée d'une conception extra-utérine; je persistai cependant dans mon opinion, qui ne me parut plus douteuse lorsqu'il me fut possible de palper l'abdomen à mon aise. Les différents attouchements qui furent faits déterminèrent une sortie considérable, par la vulve, de matière sanieuse, fétide. Le météorisme cessa de suite, et je sentis assez distinctement une tumeur circonscrite, deux pouces au-dessus de l'ombilic, s'étendant jusqu'au-dessus de la symphyse du pubis; je crus distinguer le chevauchement des deux pariétaux à travers un liquide, et l'utérus me parut avoir un plus grand volume que dans l'état de vacuité, le col avait acquis une légère dilatation. (Galli prétend avoir observé le même phénomène, quoique l'enfant fût jugé mort.) Je proposai l'opération de la gastrotomie, qui fut acceptée avec joie par cette malheureuse, pour laquelle la vie n'é-

tait plus qu'un fardeau; je m'appuyai de l'autorité de Baudelocque et de Gardien, en ne m'arrêtant pas aux craintes qu'avaient conçues Levret et Sabatier, puisqu'on pouvait avoir quelque espoir en employant un moyen extrême, mais indiqué par les circonstances. Je fis préparer deux bistouris, l'un convexe et l'autre droit, des compresses, un bandage de corps avec son scapulaire, une mèche effilée, des éponges, des fils à ligature et de l'eau-de-vie affaiblie. La négresse fut placée sur un lit étuvé, couchée sur le dos, les cuisses et les jambes allongées, et un oreiller sous les lombes pour faire bomber le ventre en avant; je vidai la vessie par le cathétérisme, pour qu'elle ne se présentât pas à l'incision. M. le docteur James et deux chirurgiens me servirent d'aides. Je fis circonscrire l'abdomen sur les côtés, afin de circonscrire la tumeur et d'écarter les intestins. J'adoptai la méthode de Platner dont Solayres a fait sentir tous les avantages; je portai mon bistouri deux pouces au-dessus de l'ombilic en contournant, j'incisai les téguments et les graisses jusqu'aux aponévroses qui forment la ligne blanche, j'introduisis mes deux doigts par une ouverture pratiquée avec soin, et ils me servirent de guides pour couper jusqu'au-dessus de la symphyse du pubis. Plus de deux pintes de matière fétide sortirent aussitôt par la plaie; nous pûmes à peine résister à cette odeur d'hydrogène sulfuré, il fallut faire des fumigations pour continuer l'opération; je fis relever les jambes de la négresse pour faire l'extraction du fœtus qui se présentait sous le scalpel. Le crâne

était dépouillé de son cuir chevelu, j'enlevai les deux pariétaux dont j'avais perçu la sensation, comme je l'ai dit plus haut. Les os du coronal furent extraits, puis je saisis les membranes du cerveau pour amener le corps entier, sauf les pieds qui étaient désarticulés d'avec les jambes; une compression graduée fut faite pour pousser au dehors la matière putride, et visiter la cavité qui avait contenu le fœtus.

« Je poussai plusieurs injections animées, et je vis que le placenta était très-épaissi et couvrait presque tous les organes de la cavité abdominale avec lesquels il avait contracté des adhérences très-fortes, il tenait aussi à l'utérus par le côté gauche. J'essayai d'opérer quelques tractions sur ce corps compacte pour l'amener au dehors; mais il fallait y renoncer, de crainte de déchirer les intestins; je me contentai alors d'arracher avec les mains et les pinces tout le cuir chevelu qui tenait à la portion fœtale. Des portions d'os furent trouvées par une exploration exacte. La malade étant affaiblie par les souffrances antérieures et par celles qu'elle venait d'éprouver, je me hâtai de procéder au pansement en conservant toute l'ouverture intacte, et en plaçant des bandelettes agglutinatives à la partie supérieure et une mèche effilée enduite de cérat à la partie inférieure de l'incision; deux coussins mollets furent mis sur les côtés pour affermir le bandage et pousser en avant les fluides contenus dans le bas-ventre. Pendant la nuit, il y eut des vomissements fréquents, de l'inquiétude et un peu de délire; la langue et les

dents devinrent sèches et fuligineuses; on administra de l'eau vineuse, la fièvre s'alluma vingt-quatre heures après l'opération et ne fut pas aussi redoutable qu'on aurait pu le craindre; le dévoiement disparut, les jambes se désenflèrent et l'état de la malade fut plus satisfaisant. Je fis les pansements deux fois par jour, en ayant soin de répéter les injections alcoolisées. Les lèvres de la plaie devinrent vermeilles, la suppuration fut plus louable, l'appétit revint, les yeux s'animèrent et les dents se nettoyèrent. Tout semblait présager un succès presque inespéré, puisque quinze jours s'étaient écoulés depuis l'opération, et que la malade avait repris des forces. Une portion considérable de placenta s'était détachée, les excrétions se faisaient librement et la gaieté était revenue. Plusieurs confrères vinrent visiter la malade, et tous pensèrent qu'elle pouvait arriver à une guérison presque certaine; mais notre pronostic ne se réalisa pas. En effet, il survint une fièvre ardente le quinzième jour, avec anxiété extrême et délire; la plaie devint blafarde, la suppuration répandait une odeur de matière fécale, le dévoiement apparut de nouveau. Les moyens les plus appropriés à la circonstance ne purent enrayer la marche de ces phénomènes inattendus, et cette malheureuse succomba le dix-huitième jour au soir.

L'autopsie fut faite le lendemain matin. L'abdomen offrait sur tous les organes de sa cavité les traces de ramifications du placenta qui s'étendaient sur le

péritoine, l'épiploon, les intestins et le mésentère, le morceau frangé de Fallope du côté gauche y était adhérent et son canal dilaté; il existait à l'utérus une ulcération ovalaire du même côté, ainsi qu'au colon transverse; les parois de l'utérus étaient dans leur état naturel, la cavité de cet organe avait augmenté d'étendue, elle était tapissée d'une couche couenneuse semblable à l'épichorion (Meckel et le professeur Chaussier ont observé ce phénomène). Le col était très-haut et très-long; le foie avait augmenté de volume et contenait un foyer purulent près du lobe de Spigel; la vessie était rétractée et légèrement phlogosée; un os propre du nez fut trouvé dans la fosse iliaque gauche. »

M. Dezeimeris divise la grossesse abdominale en primitive et en secondaire. Dans la grossesse abdominale primitive, le produit de la conception tombé dans la cavité abdominale, s'y est développé primitivement et n'a jamais en d'autre domicile; dans la grossesse abdominale secondaire, l'ovule s'est d'abord développé dans l'ovaire, la trompe, les parois ou la cavité de l'utérus, et c'est d'un de ces points qu'il a été chassé en totalité ou en partie par suite de son développement et de la rupture du kyste qui le contenait, et qu'il est tombé dans la cavité abdominale où on le trouve. Nous partageons l'avis de M. Cazeaux, qui n'adopte pas cette distinction; pour lui, en effet, la grossesse abdominale secondaire de M. Dezeimeris n'est autre chose qu'une grossesse ovarienne, tubaire interstitielle, qui s'est terminée par rupture du kyste

primitif; que cette rupture survienne à une époque peu avancée ou seulement au terme régulier de la gestation, elle ne doit être considérée que comme un épiphénomène, et, dans aucun cas, elle ne peut constituer une variété distincte. Nous pourrions ajouter qu'en adoptant la manière de voir de M. Dezeimeris, il faudrait faire rentrer dans la catégorie des grossesses abdominales secondaires, les cas dans lesquels le fœtus développé d'abord dans l'utérus passerait dans le ventre par suite d'une rupture faite aux parois utérines. Mais, les conséquences de la rupture de l'utérus ne rentrant pas dans notre sujet, nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Causes.

Nous avons vu quelles sont les conditions nécessaires pour que l'ovule fécondé passe dans la trompe et de là dans l'utérus. Quand ces conditions ne se trouvent pas réunies, la grossesse peut se développer hors de la cavité utérine. Or, il est assez difficile d'indiquer d'une manière certaine quelles sont les conditions accidentelles qui peuvent faciliter la pro-

duction des grossesses extra-utérines; les causes qui ont été invoquées pour expliquer leur développement sont des causes encore problématiques.

En considérant l'étroitesse et le peu de contractilité dont est doué le canal destiné à conduire l'ovule dans l'utérus, on peut être étonné que les grossesses extra-utérines ne soient pas plus fréquentes, et que ce passage de l'ovule se fasse, dans l'immense majorité des cas, avec la plus grande régularité. On comprend cependant que dans le moment du passage de l'ovule de l'ovaire dans la trompe, une perturbation vive, un coup, une chute, une émotion morale puisse empêcher le rapprochement du pavillon, et permettre à l'ovule détaché de tomber dans la cavité abdominale. C'est ce que pensait Astruc quand il disait que « les grossesses extra-utérines sont plus ordinaires dans les filles, les veuves, et surtout dans les filles et les veuves qui ont passé pour sages, parce que la crainte, la honte, le saisissement dont ces femmes sont affectées dans un embrassement illicite, y ont beaucoup de part. »

« Dans trois observations citées par Baudelocque, Bellivier et Lallement, dit M. Velpeau, la conception extra-utérine paraît s'être effectuée à l'instant d'une violente frayeur que produisit le souvenir d'un oubli chez une femme, et chez les autres un bruit inattendu qui leur fit craindre d'être surprises en flagrant délit; mais comme on n'a rien noté de semblable dans les autres cas, on ne peut considérer cette explication que comme une hypothèse assez plausible. »

M. Dezeimeris cite une observation dans laquelle un coup porté sur le bas-ventre peu de temps après le coït fécondant, parut être la cause de la grossesse extra-utérine. Dans un cas, cité par M. G. Jackson, des violences exercées sur le ventre peu de temps après la conception, déterminèrent une inflammation dans le voisinage des organes génitaux, et paraissent aussi avoir causé la grossesse extra-utérine. D'autres auteurs, parmi lesquels je citerai M. Daynac, élève de Lallement, n'attachent aucune importance à ce genre de cause; M. Cazeaux ne l'admet pas non plus.

Il est très-probable que c'est surtout dans les altérations pathologiques des ovaires, des trompes ou des parties voisines qu'il faut chercher les causes les plus fréquentes de l'accident qui nous occupe. Dans deux cas consignés par M. Cazeaux dans les bulletins de la Société anatomique, la trompe était oblitérée entre le point où l'œuf s'était développé et l'orifice interne de ce canal. Smellic cite une observation du docteur Fern, dans laquelle l'oblitération ou au moins un resserrement extrême de la trompe droite est noté. M. Cazeaux a rapporté une observation du même genre communiquée à Buschit par M. Mayer, d'autres de M. Schmidt, de M. Ménière dans les archives de juin 1826, de MM. Gaide et Reynaud dans le *Journal hebdomadaire*.

M. Mojon pense que la caduque peut empêcher la pénétration de l'ovule dans l'utérus. Duverney, Ducamp, Béclard et beaucoup d'autres ont trouvé dans des cas de grossesses tubaires des obstacles qui

s'étaient opposés au passage du fœtus. Tout en considérant ces causes comme probables dans le développement des grossesses extra-utérines, nous devons dire avec Baudelocque, M. Velpeau, M. Jacquemier et d'autres auteurs, que rien ne les démontre d'une manière évidente. Pendant la vie et souvent même après l'examen anatomique des parties, nous ignorons la cause qui a pu produire la grossesse extra-utérine. L'altération des tissus, les désordres qu'un travail inflammatoire primitif ou consécutif a pu amener, nous laissent presque toujours dans l'incertitude à cet égard.

BOSTON MEDICAL
OCT - 1 1919
LIBRARY

Signes.

Les signes à l'aide desquels on peut espérer reconnaître une grossesse extra-utérine, sont un des points les plus importants de la question qui nous occupe; malheureusement il existe une grande incertitude à ce sujet, et on comprend facilement que si la grossesse normale peut être quelquefois méconnue, à plus forte raison la grossesse extra-utérine pourra-t-elle

être facilement confondue avec une grossesse utérine et réciproquement, ou avec une de ces innombrables tumeurs qui peuvent se développer dans la cavité abdominale ou dans la cavité pelvienne. Nous ne croyons pas devoir diviser ces signes en signes rationnels et en signes sensibles, malgré l'exemple de Gardien ; nous n'avons pas affaire ici à une fonction qui s'exécute régulièrement, et presque tous les caractères que nous aurons à indiquer sont incertains. Nous pensons que Gardien, sur ce sujet, a été trop affirmatif, et nous sommes loin d'attribuer aux signes sensibles qu'il indique la valeur qu'il leur accorde.

On comprend que dans les premiers temps, et avant l'époque où paraissent les signes certains des grossesses ordinaires, le diagnostic des grossesses extra-utérines doit présenter de grandes difficultés. Ce n'est que plus tard, quand les mouvements du fœtus se manifestent, quand les battements du cœur peuvent être entendus, que le diagnostic peut être établi, encore reste-t-il souvent incertain, la marche de la grossesse anormale et de la grossesse ordinaire pouvant présenter une telle analogie dans certains cas, qu'il est très-difficile de les distinguer l'une de l'autre.

Dans le plus grand nombre des cas, les phénomènes sympathiques qui accompagnent une grossesse ordinaire, se manifestent dans la grossesse extra-utérine, les troubles du côté des voies digestives, les envies de vomir, les vomissements se remarquent souvent, et c'est à tort que Ant. Petit a prétendu que les femmes ne vomissaient pas dans ces grossesses ;

d'ailleurs ne sait-on pas qu'il y a des femmes qui ne vomissent pas pendant tout le cours d'une grossesse ordinaire?

Le gonflement des seins a lieu le plus souvent ; ils deviennent le siége de picotements, de douleurs, de gonflement et de sécrétion laiteuse, comme dans la grossesse ordinaire.

Les règles sont le plus souvent supprimées ; Ant. Petit regarde la diminution des règles qui continuent à couler aux époques ordinaires, comme une raison de soupçonner une grossesse extra-utérine, il suffit de se rappeler ce qui a eu lieu quelquefois dans les grossesses ordinaires pour n'accorder à ce signe aucune valeur. M. Velpeau fait remarquer que « si les seins ne subissent pas de changements, ne sécrètent pas de fluide laiteux, si le ventre est inégal, si le développement de cette partie est plus rapide, se fait principalement sur le côté, si les mouvements du fœtus se font sentir plus tôt et à travers des parois en apparence fort minces; si l'utérus reste peu volumineux dans quelques grossesses extra-utérines, le contraire se fait sentir dans un plus grand nombre encore, et souvent on rencontre une ou plusieurs de ces irrégularités dans la grossesse simple elle-même. »

« Les accidents nombreux que l'on dit accompagner ces grossesses dès leur origine, dit Gardien, sont également illusoires, puisqu'on voit, dans une vraie grossesse, les femmes en proie à des incommodités sans nombre : si cette gestation est

ordinairement incommode pour la femme, très-douloureuse, surtout lorsque les mouvements commencent à se faire sentir, toutes les femmes, dont l'enfant est hors de l'utérus, ne sont cependant pas ainsi tourmentées; pendant plusieurs mois la femme n'éprouve quelquefois, pour ainsi dire, aucune incommodité, et ne se soupçonne pas grosse; ou s'il en résulte quelques légères infirmités, elles ne diffèrent pas de celles que la grossesse naturelle a coutume d'entraîner à sa suite. Les accidents produits par la grossesse extra-utérine sont différents; ce qui dépend en partie de la constitution individuelle du sujet, mais surtout de la nature des organes affectés. »

C'est surtout dans l'examen des organes génitaux et principalement de l'utérus, qu'on doit chercher des signes plus précis pour arriver à la connaissance des grossesses extra-utérines. Les modifications que l'utérus éprouve sont différentes suivant l'espèce de grossesse; on comprend, en effet, que si l'œuf a des connexions assez intimes avec l'organe gestateur, s'il s'est développé à l'endroit où la trompe pénètre dans le tissu utérin, et à plus forte raison s'il s'est développé dans ce tissu lui-même, l'utérus suivra jusqu'à un certain point son développement, il sera plus volumineux et les signes perçus par le toucher du col pourront faire croire à une grossesse ordinaire. Simmons et Bertrandi citent deux cas dans lesquels le fœtus s'étant développé dans les trompes, l'utérus augmenta sensiblement de volume. Dans le fait de Simmons, on trouva l'utérus augmenté dans

la même proportion qu'il l'eût été dans une grossesse naturelle. Levret, dans ses observations sur les accouchements laborieux, et le docteur William Tumbull, de Londres, citent des exemples analogues; dans l'un de ces cas, au moment où la femme fut prise des douleurs de l'enfantement, l'orifice de la matrice acquit un élargissement considérable, quoique le fœtus ne fût pas contenu dans cet organe.

« On conçoit, dit M. Velpeau, que si l'œuf s'est fixé sur un point quelconque de l'organe gestateur; que s'il s'est arrêté très-près de la racine d'une trompe, entre le pavillon et l'ovaire, comme l'a vu M. Doudement; dans le ligament large, comme dit l'avoir observé Bergeret, ou dans l'épaisseur même des parois utérines, tous ces signes pourront, à la rigueur, ne pas exister, et la grossesse contre nature être facilement confondue avec la gestation ordinaire. Dans ce cas, l'utérus se gonfle, se ramollit, subit plusieurs des changements qui caractérisent la bonne grossesse. Sa cavité se remplit quelquefois d'une matière concressible, amorphe, sorte de couche anhiste observée par Bertrandi, Chaussier, etc., ou plutôt d'une végétation de la couche muqueuse. La forme du ventre et les mouvements du fœtus n'offrent rien de particulier. Le ballottement lui-même n'est pas toujours impossible à déterminer. Du reste, si, ce qui est rare, la grossesse extra-utérine était double, comme dans le cas indiqué par Mainal (Guillemot, *Archiv. gén. de Méd.*, t. XXVIII), les deux tumeurs

en rendraient évidemment le diagnostic plus facile que quand elle est simple. »

Si la grossesse est abdominale, on peut trouver alors l'utérus peu ou point développé. C'est aussi dans ces cas où l'œuf n'a pas de rapports immédiats avec la trompe ou l'utérus qu'on a vu un certain nombre de fois les règles persister. Il ne faut pas confondre avec les règles un écoulement muco-sanguinolent qui s'est fait quelquefois par l'orifice utérin.

Comme on le voit, les signes fournis par l'état de l'utérus doivent être pris en considération, mais ne peuvent donner une certitude sur l'existence de la grossesse extra-utérine. La présence d'une tumeur dans le bassin ou dans l'abdomen, avec des signes rationnels ou certains de conception, quand le toucher ne fait pas reconnaître de développement notable de l'utérus, peut conduire au diagnostic. Mais il faut savoir que souvent la tumeur fœtale est profondément située, peu accessible au doigt porté dans le vagin ou dans le rectum, que par son développement elle peut entraîner l'utérus, le dévier, comme cela arrive dans un grand nombre de cas, et comme cela avait lieu d'une manière très-remarquable chez une femme dont M. Huguier a communiqué, il y a quelques jours, l'observation à la Société de chirurgie; le palper abdominal peut être impuissant à faire reconnaître cette tumeur, de là de grandes incertitudes dans le diagnostic et de nombreuses causes d'erreur.

« En général, dit M. Velpeau, les organes sexuels

s'éloignent peu de leur état naturel, quand le kyste n'est pas dans la trompe et ne contracte pas d'adhérence avec la matrice. Ensuite, il est rare que le col se raccourcisse sensiblement et que son orifice s'entr'ouvre d'une manière très-prononcée. On le trouve beaucoup plus bas, ou plus haut, plus en avant, en arrière ou de côté, que ne semble l'indiquer l'époque présumée de la grossesse. »

« Au demeurant, ni les signes rationnels, ni les signes sensibles, ne suffisent pour faire reconnaître la grossesse extra-utérine jusqu'à la fin du troisième mois. A dater de cette époque, au contraire, il sera le plus souvent possible, à l'aide de quelques-uns d'eux, ou de tous ensemble, d'établir un diagnostic presque certain. Leur témoignage fera tout au moins naître des soupçons assez forts pour fixer l'attention du praticien. »

Voici ce que dit Gardien à ce sujet : « Non-seulement on peut reconnaître l'existence d'une grossesse extra-utérine, mais encore, suivant quelques praticiens, on peut fixer avec une certaine probabilité le lieu qu'occupe le fœtus.

« La matrice est ordinairement plus pesante dans la grossesse de la trompe ou de l'ovaire, parce que le placenta fait corps avec elle, ce qui n'a pas lieu dans la grossesse abdominale, à moins que le placenta ne soit implanté sur son fond : si la pesanteur de la matrice n'est pas augmentée, il est certain que la grossesse extra-utérine est abdominale ; si elle est plus pesante, il peut rester des doutes sur l'espèce de

grossesse, quoiqu'il soit plus probable qu'elle a son siége dans les trompes ou les ovaires. Il faut apporter de l'attention l'orsqu'on agite la matrice, pour ne pas attribuer sa pesanteur augmentée, au développement de sa cavité par un corps étranger, quoiqu'elle dépende uniquement d'une tumeur sur ajoutée sur ses parties latérales ou sur son fond.»

« Si le fœtus est contenu dans la trompe ou dans l'ovaire, les mouvements sont un peu plus sensibles que dans la grossesse ordinaire, mais ils sont moins étendus que lorsqu'il occupe la cavité abdominale, où ses membres sont moins resserrés : ce symptôme est équivoque. Un fœtus parvenu dans l'abdomen peut être assez faible pour exercer des mouvements moins sensibles pour la femme, que ceux d'un autre qui serait enveloppé dans les trompes ou dans les ovaires ; dans le premier cas, le placenta prend communément ses adhérences au mésentère, à l'estomac et autres viscères de la digestion; les parois de ces organes paraissent plus épaisses dans le lieu de l'adhésion du placenta. »

«Si le germe s'est développé dans l'ovaire, la tumeur qui le contiendra sera plus éloignée de la matrice, qui sera plus mobile que lorsque le fœtus est renfermé dans la trompe. Cette différence, dont parlent quelques auteurs, n'est pas assez sensible pour être appréciée, et faire varier la mobilité de l'utérus : dans l'un et l'autre cas la tumeur fait corps avec la matrice.»

M. Velpeau n'attache pas la même importance que

Gardien à ces signes; il fait remarquer que leur connaissance ne serait d'aucune application, et que si le scalpel à la main on peut à peine décider sur le cadavre si l'œuf a son siége dans la trompe ou l'ovaire plutôt que dans le péritoine, il serait en quelque sorte ridicule de vouloir en obtenir la certitude sur la femme vivante.

Les discussions nombreuses qui ont été provoquées par l'examen des pièces anatomiques provenant de grossesses extra-utérines, prouvent assez la difficulté qu'il y a à préciser le siége du kyste fœtal. Il y a deux mois encore qu'une observation de grossesse extra-utérine, qui avait simulé pendant la vie, un kyste sanguin du petit bassin, a été présentée à la Société de chirurgie par M. le docteur Aran. Le petit fœtus, qui pouvait avoir deux mois ou deux mois et demi, était littéralement aplati par un caillot sanguin contre les parois du bassin, il ne fut pas possible de déterminer le lieu où il s'était développé.

Baudelocque dit qu'il est presqu'impossible de bien reconnaître ces grossesses avant l'époque où les mouvements de l'enfant se font sentir, c'est-à-dire avant le quatrième et même le cinquième mois. Il regarde comme illusoires les indices tirés de la persistance des règles, de l'absence des vomissements, de la non-sécrétion du lait, enfin de l'état du ventre, qui, au dire de certains auteurs, ne se tuméfie que du côté de la trompe ou de l'ovaire qu'occupe l'enfant. Il cite une observation de Cyprianus dans laquelle la femme ne fut pas réglée pendant le cours de

sa grossesse, et ne vit reparaître ses règles qu'après le dixième mois, environ cinq ou six semaines après l'époque des douleurs que cette femme avait senties pour accoucher. Toutes les femmes observées par Baudelocque ont cessé d'avoir leurs règles pendant la grossesse, et ont éprouvé, à quelque chose près, les accidents d'une grossesse ordinaire, à l'exception d'une seule qui s'est parfaitement bien portée jusqu'à l'époque du neuvième mois. Il n'attache pas une grande importance au signe fourni par le volume du ventre, si ce n'est cependant dans le cas où la grossesse a son siége dans l'une des trompes ou dans l'un des ovaires. Dans ces cas elle se développe d'abord manifestement d'un côté du bassin. Baudelocque ajoute, pour terminer ce qui a rapport aux signes de ces grossesses : « Ce n'est que par le toucher qu'on découvre le siége d'une grossesse que les mouvements de l'enfant ont déjà mise en évidence. » Il n'est peut-être pas impossible alors de déterminer par ce moyen si l'enfant occupe la trompe ou la cavité abdominale; si ses enveloppes ont des rapports avec la matrice ou non. La femme étant couchée sur le dos, de manière que les muscles abdominaux soient relâchés, on commence par s'assurer de l'existence de l'enfant, soit par l'auscultation, soit par ses mouvements, soit en touchant ses membres; ensuite on introduit un doigt dans le vagin pour juger de l'état du col de la matrice et de la grosseur de son corps, comparativement à la grosseur de cet enfant. L'un et l'autre doivent être à peu près dans l'état naturel; le corps

la matrice, du moins, doit être beaucoup plus petit, moins développé qu'à pareil terme d'une grossesse ordinaire.

Baudelocque cite l'observation d'une femme chez laquelle il reconnut, par le toucher vaginal et le palper abdominal, l'existence et le siége précis d'une grossesse extra-utérine; l'autopsie qui fut faite confirma son diagnostic. (*Journal de Fourcroy*, t. IV.)

Le lieu qu'occupe le kyste fœtal peut singulièrement faciliter le diagnostic, ainsi dans les cas nombreux où l'œuf s'est développé dans le cul-de-sac recto-vaginal on a pu le reconnaître même à une époque peu avancée de la grossesse. Le toucher par le vagin et le rectum permet de reconnaître la tumeur entre ces deux organes; la rétroversion utérine pourrait en imposer dans ces cas, mais la direction du museau de tanche qu'on peut apprécier par le doigt introduit dans le vagin, et la présence de l'utérus dans sa position normale, que le palper abdominal fait reconnaître, suffisent en général pour faire éviter l'erreur. Il est arrivé quelquefois, dans ces cas, que certaines parties osseuses ont fait saillie dans le vagin ou dans l'intestin, ont même perforé les parois du kyste, de l'intestin ou du vagin, et sont venues donner au diagnostic une certitude complète. Il n'est pas aussi facile dans beaucoup de cas de distinguer la tumeur fœtale d'un simple kyste séreux, d'une tumeur sanguine, d'un corps fibreux, d'un cancer, qui se seraient développés dans le voisinage des organes génitaux. Si des circonstances commémoratives, des

troubles sympathiques ou un état général particulier ont pu faire porter un diagnostic exact dans certains cas, il en est d'autres où ce diagnostic a été impossible. Je pourrais citer à l'appui de ce que j'avance de nombreux exemples de grossesses extra-utérines méconnues et prises pour une des tumeurs indiquées plus haut; les recueils d'observations sont remplis de faits de cette nature.

Quand la tumeur est accessible au doigt ou à la main, quand elle a son siége au-dessus du pubis et qu'elle fait saillie sous la peau, on peut, à une époque peu avancée de la grossesse, la reconnaître à une sorte de crépitation qui a été perçue dans certains cas, à une sensation particulière que fait éprouver un fœtus enveloppé du liquide amniotique et contenu dans une poche à parois plus ou moins épaisses. Enfin des ouvertures spontanées ou faites par le chirurgien ont quelquefois permis à des mèches de cheveux ou à des parties minces du fœtus de s'échapper au dehors.

Il existe dans la collection des archives de médecine de l'année 1837 une observation curieuse de M. Fages, de Montpellier. La femme qui fait le sujet de cette observation avait vu ses règles se supprimer depuis longtemps, le ventre s'était développé et des signes d'ascite s'étaient manifestés. On jugea convenable de pratiquer une ponction avec le troquart ; il s'écoula, au lieu de sérosité, un liquide assez épais et de couleur chocolat. Le ventre reprit bientôt le volume qu'il avait avant cette ponction ; on en pratiqua

une seconde six jours après, un liquide semblable au premier s'écoula, mais en plus grande quantité, enfin une troisième ponction étant devenue nécessaire, une petite touffe de cheveux passa par la canule; des accidents inflammatoires survinrent, et la femme succomba. A l'autopsie on trouva un kyste pileux de l'ovaire droit, qui, d'après les détails de l'observation, peut être rapporté à une grossesse extra-utérine.

Baudelocque a indiqué comme pouvant servir au diagnostic des pulsations artérielles très-fortes dans la tumeur fœtale; il dit n'avoir jamais rencontré ce signe dans des tumeurs de toute autre nature, qui peuvent se développer dans le bas-ventre.

Un trait commun aux divers genres de grossesses extra-utérines, c'est de ne point exclure la possibilité d'une nouvelle fécondation. On comprend, du reste, qu'une tumeur extra-utérine puisse permettre à l'utérus de recevoir un produit de conception, surtout si on se rappelle que des tumeurs volumineuses développées dans l'intérieur même de l'utérus n'empêchent pas toujours une grossesse de s'y développer.

Nous avons présenté à la Société anatomique, il y a plusieurs années, un utérus dans lequel nous avions trouvé, après l'accouchement, un polype volumineux. Il est vrai que chez cette femme la grossesse n'était pas parvenue à son terme.

La grossesse extra-utérine peut être double. M. le docteur Oulmont possède un fait de cette nature;

les deux fœtus se sont développés chacun dans une des trompes.

L'auscultation, appliquée aux cas qui nous occupent, peut faire reconnaître les bruits du cœur du fœtus et le bruit de souffle; mais ce sont des signes de grossesse ordinaire, et nous pensons avec M. Cazeaux que l'auscultation ne peut pas être d'un grand secours pour le diagnostic des grossesses extra-utérines, ou du moins qu'elle ne peut que venir en aide à la vue et au toucher.

M. Dezeimeris dit cependant qu'il « est probable que l'auscultation pourra quelque jour fournir des renseignements utiles pour la connaissance des grossesses extra-utérines; mais jusqu'ici l'expérience ne nous a encore rien appris à cet égard. On a quelque raison de présumer que, dans les grossesses abdominales, et surtout dans celles où le fœtus serait placé tout entier au-dessus du détroit du bassin, il n'y aurait point de souffle artériel si mal nommé souffle placentaire, et que l'existence des bruits du cœur du fœtus, coïncidant avec l'absence de ce souffle, aiderait à reconnaître ce cas. On sait déjà que la présence d'une tumeur volumineuse quelconque dans la cavité pelvienne peut donner lieu a des bruits artériels, capables d'en imposer pour le souffle dit placentaire, il ne faut donc citer ici ce phénomène que pour recommander de s'en défier. »

La difficulté du diagnostic, que je crois suffisamment établie par tout ce qui précède, peut avoir des conséquences très-graves au point de vue de

la médecine légale, et à ce sujet je rapporterai une observation intéressante de grossesse interstitielle qui a été présentée en 1843 à l'Académie de médecine par M. Payan, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône), et sur laquelle M. Villeneuve a fait un rapport :

« Une fille de trente-deux ans, forte et robuste, s'occupant de travaux assez pénibles, et qui avait déjà eu un enfant, se trouvait grosse, sans d'ailleurs dissimuler son état dont elle n'éprouvait aucune espèce d'incommodité. Un soir, et sans avoir plus travaillé que de coutume, elle se sentit prise de vives douleurs dans la région hypogastrique, de grandes lassitudes et de défaillances. S'étant mise au lit, ces accidents continuèrent; on s'aperçut qu'elle pâlissait et faiblissait de plus en plus, et à deux heures du matin elle expira après avoir fait usage de quelques moyens insignifiants.

« Une mort aussi soudaine ayant donné lieu à des soupçons d'avortement, une nécropsie judiciaire fut ordonnée. M. Payan et deux autres médecins procédèrent à cette opération, dont voici le résultat :

« L'abdomen ayant été ouvert, on y trouva une abondante quantité de sang et de sérosité. Il existait vers l'hypogastre, des caillots volumineux qui remplissaient le petit bassin et recouvraient la matrice. Cet organe ayant été débarrassé de ces caillots, qui d'ailleurs n'y adhéraient nullement, fut trouvé plus volumineux que dans l'état ordinaire. On remarquait une proéminence située à sa partie

supérieure, et présentant dans une grande partie de son étendue une paroi diaphane au travers de laquelle on apercevait un embryon plongé dans un liquide aqueux.

« Les parties génitales de cette femme ayant été enlevées à l'aide d'un trait de scie de chaque côté des pubis, on trouva quelques taches d'un rouge brunâtre à l'extrémité du vagin, dont la muqueuse ne présentait d'ailleurs aucune trace sanguinolente. L'orifice et le col de la matrice offraient assez d'extensibilité pour permettre l'introduction du doigt auriculaire. Une incision ayant été pratiquée jusqu'au fond de l'organe, on trouva dans le col des taches semblables à celles du vagin, et d'ailleurs aucune espèce de lésion. La matrice, qui était aussi développée qu'au deuxième ou troisième mois de la gestation, et dont les parois étaient épaissies, se trouvait tapissée par une matière concressible assez épaisse, sorte d'enduit muqueux velouté grisâtre, formant une espèce de pseudo-membrane incomplétement organisée qui la remplissait presque en totalité. Il n'y avait d'ailleurs aucune trace de sang. Au-dessus de la cavité utérine, s'en trouvait une autre formée dans l'épaisseur du tissu utérin, et située vers la partie supérieure et gauche de l'organe, vers l'endroit où aboutit la trompe de Fallope. Cette seconde cavité, cavité interstitielle, allait tellement en s'amincissant par le fait même de la distension des parties, qu'elle était devenue translucide dans une certaine étendue, et permettait de distinguer l'embryon qui s'y trouvait avec son placenta,

et une certaine quantité de liquide presque transparent. Cet embryon du sexe masculin, et exempt de toute lésion, offrait un cordon ombilical qui se rendait à un placenta greffé en haut et en arrière.

« Malgré l'évidence des faits, il fut émis une opinion contraire qui ne tendait à rien moins qu'à faire supposer une tentative d'avortement opérée plus ou moins de temps avant la mort de cette femme, accident qui cependant s'expliquait facilement par la rupture de quelques vaisseaux distendus d'une manière anormale. On supposait qu'une sonde, introduite entre l'ovule et la paroi interne de la matrice, aurait produit au fond de cet organe une perforation suffisante pour donner issue à l'œuf, qui serait venu s'implanter, se greffer extérieurement. Ne voulant pas abuser des moments de l'Académie, nous passerons sous silence les frais d'imagination qui ont été faits pour appuyer cette hypothèse, qui n'a pu être conçue que par l'ignorance et soutenue par l'aveuglement de son auteur.

« Heureusement, et dans l'intérêt de la science et de la vérité, l'hypothèse dont il s'agit n'eut d'autres partisans que celui qui l'avait imaginée ; l'existence d'une grossesse extra-utérine interstitielle, bien reconnue, bien constatée, servit à expliquer tous les accidents survenus, et en même temps fit évanouir tout soupçon d'avortement. C'est en définitive ce qui est résulté des conclusions aussi lumineuses que savamment motivées, par lesquelles M. Payan a terminé son rapport judiciaire. Nous reproduirons ici la seconde et

la troisième de ces conclusions, comme constatant de nouveau un fait de physiologie pathologique des plus remarquables, et qui ne saurait être trop connu. Avant tout, il est bon de rappeler que l'expert avait à réfuter l'opinion émise sur le siége primitif de l'embryon dans l'intérieur de l'organe utérin.

« Le volume plus considérable de la matrice et sa capacité plus grande que dans son état de vacuité, ne sont pas, dit M. Payan, une raison forcée de penser que ce développement est la conséquence du séjour du fœtus dans la cavité normale, parce qu'il est attesté par les auteurs qui ont écrit sur cette matière, que le plus souvent peut-être, dans les cas de grossesses extra-utérines, la matrice, quoique ne contenant pas le germe embryonaire, devient pendant les premiers mois aussi volumineuse que si la grossesse était intra-utérine.

« L'existence de cette substance amorphe, que nous avons trouvée tapissant tout l'intérieur de la cavité utérine et la remplissant presque, au lieu de contredire l'opinion que nous admettons, tend plutôt à la confirmer, puisque, d'après Bertrandi, Chaussier, MM. Velpeau et Paul Dubois, on la rencontre fréquemment dans les grossesses extra-utérines, et que, dans le cas actuel, d'après l'opinion qui voulait admettre l'intervention d'une main étrangère, nous ne pourrions nous en expliquer la mort : car la mort étant survenue au bout de huit à dix heures des premières souffrances, c'eût été trop peu de temps pour que cette formation eût été possible. »

Si on a pu souvent méconnaître une grossesse extra-utérine arrivée près du terme naturel, il est arrivé aussi que des hommes très-instruits ont pris une grossesse normale pour une grossesse extra-utérine. Il y a un an qu'une femme de l'hôpital Beaujon fut visitée par un grand nombre de médecins ; les uns crurent à une grossesse extra-utérine, allèrent même jusqu'à l'affirmer, les autres restèrent dans le doute, et les choses en étaient là lorsque la femme accoucha heureusement d'un enfant qui n'avait jamais été ailleurs que dans l'utérus.

Des vices de conformation de l'utérus pourraient encore ajouter à la difficulté du diagnostic. Et nous croyons devoir citer à ce sujet une observation intéressante communiquée par M. Ollivier d'Angers à l'Académie de médecine, en 1825. Il s'agit d'un utérus bilobé et d'une rupture partielle du lobe qui contenait le fœtus.

« Anne N***, âgée de trente ans, avait eu quatre enfants, dont deux seulement étaient venus vivants. Le premier accouchement fut très-laborieux, accompagné de convulsions et de délire, et terminé à l'aide du forceps; il ne présenta d'ailleurs aucune autre particularité; l'enfant vint mort. Les trois autres accouchements eurent lieu chacun après des douleurs assez prolongées, sans phénomène remarquable. La santé de cette femme était très-bonne, lorsqu'elle devint enceinte pour la cinquième fois dans le courant de l'année 1824 ; elle ressentit les premières douleurs de l'accouchement dans les derniers jours de dé-

cembre 1824. M Garnier fut appelé; il reconnut par le toucher que la membrane muqueuse du vagin était relâchée et formait des plis saillants près de la vulve; l'orifice de l'utérus n'était pas dilaté, quoique les douleurs durassent depuis douze heures environ; il n'éprouvait aucun changement pendant ces mêmes douleurs : de plus, l'utérus était tellement oblique à droite, que son fond occupait entièrement le côté droit de l'abdomen; cette obliquité n'avait pas existé dans les grossesses précédentes.

Les douleurs continuèrent toute la nuit sans apporter aucun changement dans l'état de la malade. tous les moyens employés pour faire cesser l'obliquité de l'utérus, furent sans résultat. Le lendemain au matin elles devinrent plus aiguës et plus rapprochées; la membrane muqueuse du vagin formait un bourrelet saillant de la grosseur du poing, à l'entrée de la vulve, et que l'on ne put parvenir à faire rentrer. Le doigt introduit dans le fond du vagin, fit reconnaître que l'orifice de l'utérus était entièrement effacé et très-rapproché de l'entrée du vagin, par la traction qu'exerçait sur ce conduit le bourrelet muqueux dont on vient de parler. Au-dessus de cet orifice, un peu à droite et contre la face interne du pubis, on rencontrait un orifice transversal analogue à une boutonnière, à travers laquelle on sentait une poche remplie de fluide; cette ouverture s'agrandissait à mesure que les douleurs se prononçaient davantage. Le travail de l'accouchement n'avançait pas.

«M. Garnier perça cette poche et les eaux s'écoulè-

rent en assez grande quantité; après leur évacuation, les douleurs continuèrent d'exister au même degré; sur les six heures du soir, la tête étant engagée dans la petite excavation du bassin, et la femme se trouvant très-épuisée par un travail aussi long que pénible, on termina l'accouchement avec le forceps; l'opération fut prompte et sans difficulté; l'enfant était mort. La délivrance fut prompte à s'effectuer; cependant elle se termina naturellement; l'écoulement du sang qui en est ordinairement la suite, fut peu abondant et se supprima complétement dans la nuit. Le lendemain matin on appliqua des sangsues à la vulve pour le rappeler, mais inutilement. Tous les symptômes d'une péritonite aiguë, ne tardèrent pas à se manifester, et malgré les moyens les plus énergiques employés pour en arrêter les progrès, la malade succomba le troisième jour.

« A l'ouverture du cadavre, on trouva des plaques d'un rouge brun sur plusieurs points de la surface du péritoine, qui offrait généralement une couleur rouge plus ou moins foncée; la membrane muqueuse gastro-intestinale était blanchâtre dans toute son étendue; en soulevant les intestins grêles qui couvraient la cavité pelvienne, on vit du côté droit du bassin, derrière le pubis, une tumeur pyriforme aplatie d'avant en arrière, longue de 6 pouces environ et large de 4, dirigée très-obliquement de dedans en dehors et de bas en haut, occupant tout le côté droit de la cavité pelvienne. Cette tumeur, qu'on reconnut bientôt pour un lobe utérin fixé en avant contre la

paroi abdominale correspondante par un ligament rond ou sus-pubien, était libre par son bord interne; son bord externe donnait attache à un ligament large qui contenait un ovaire surmonté par un pavillon et une trompe qui s'insérait à la partie supérieure du bord. Cet utérus, dont les parois étaient épaisses comme on l'observe ordinairement quelques jours après l'accouchement, offrait dans sa partie antérieure et inférieure, près du pubis, une déchirure transversale longue de 3 pouces et demi, à bords inégaux et ramollis, qui s'ouvrait dans la partie supérieure du vagin.

«Du côté gauche de la petite ouverture du bassin, il existe un autre lobe utérin ovoïde, blanchâtre, de 3 pouces de longueur environ sur 2 de largeur, dépassant le niveau du pubis, derrière lequel il est placé et dirigé obliquement de droite à gauche, mais beaucoup moins oblique, qui est presque horizontal; il est également aplati d'avant en arrière, libre en devant et donnant attache par son bord externe à un ligament large avec un ovaire et une trompe; en avant et en bas, il est fixé par son ligament sus-pubien. Ces deux lobes utérins forment, par leur réunion derrière la vessie, un angle arrondi, au-dessus duquel passe un repli du péritoine, assez large, falciforme, très-résistant, qui s'étend de la paroi postérieure de la vessie au rectum et se continue latéralement avec le péritoine qui revêt chaque utérus. Ces deux organes, réunis par leur sommet, avaient chacun à l'intérieur un orifice qui s'ouvrait

dans un col commun dont la cavité présentait aussi deux ouvertures latérales, qui correspondaient chacune dans la cavité de chaque lobe : le vagin était unique, une partie de la vessie était engagée dans la déchirure de l'utérus droit et était elle-même rompue dans ce point.

« Le développement du lobe utérin gauche porte à penser qu'il a contenu le produit de la conception dans les grossesses antérieures, et l'accouchement s'est effectué chaque fois sans accident, parce que la cavité de ce lobe, qui était peu oblique, s'ouvrait presque dans la direction de la cavité du col commun. D'ailleurs, on n'avait observé jusque-là, dans aucune de ces gestations, cette grande obliquité de l'utérus à droite, circonstance qui démontre que le lobe utérin droit renfermait un fœtus pour la première fois. Quant aux suites funestes de ce dernier accouchement, on peut facilement en apprécier les causes, en considérant la situation presque horizontale de l'utérus droit, dont la cavité s'abouchait presque à angle droit dans la cavité du col commun; de sorte que les efforts de contraction poussant la tête, non pas en bas dans la direction du vagin, mais bien latéralement à gauche et un peu en avant, il est résulté de cette direction vicieuse que la tête, en s'engageant au travers de l'orifice qui s'ouvrait dans la cavité du col commun, en a successivement aminci la partie antérieure en la pressant contre le pubis, et a donné lieu consécutivement à la déchirure qui livra passage au fœtus.

Il existait encore une autre circonstance qui a sans doute beaucoup contribué à la rupture de cette portion du lobe utérin. On vient de voir que la membrane muqueuse du vagin, très-relâchée à la suite des efforts répétés d'expulsion, avait été insensiblement entraînée au dehors, et formait un énorme bourrelet irréductible à l'entrée de la vulve. Or, la vessie, entraînée elle-même en bas avec la portion supérieure du vagin, dut nécessairement attirer avec elle le ligament falciforme qui adhérait à la paroi postérieure, passait entre les deux lobes utérins au-dessus de leur jonction et s'attachait au-devant du rectum; ce ligament, d'ailleurs très-résistant, s'enfonçant profondément dans l'angle de réunion des deux lobes utérins, ne put que s'opposer à la progression de la tête en arrière et à gauche, et concourut ainsi à la faire porter constamment en avant où la rupture eut lieu; ce fut probablement alors que la vessie, fortement déprimée en bas, s'engagea en partie dans cette ouverture accidentelle, et qu'elle fut contuse et déchirée lors du passage de la tête. On n'avait pas remarqué avant la mort de symptômes qui annonçassent une lésion de la vessie.»

Les seuls documents que cette observation puisse fournir aux praticiens pour le diagnostic de la grossesse dans le cas d'utérus bilobé, c'est qu'on peut distinguer assez facilement, au-dessus de l'orifice commun qui avait d'ailleurs ses caractères ordinaires, un peu à droite et contre la face interne du pubis, une ouverture transversale analogue à une

boutonnière, à travers laquelle on sentait une poche remplie de fluide et qui était évidemment la poche des eaux ainsi qu'on le reconnut après en avoir déterminé l'évacuation. Enfin on doit ajouter que l'abdomen avait présenté l'aspect qu'il offre dans une obliquité latérale de l'utérus et que cette obliquité que l'on n'avait pu faire disparaître, quelque tentative qu'on ait faite pour y parvenir, se trouvait du même côté que l'ouverture transversale qu'on reconnaissait à l'aide du toucher au delà de l'orifice du col. »

En résumé, si dans les trois ou quatre premiers mois, il est difficile d'acquérir la certitude de l'existence d'une grossesse utérine, à plus forte raison nous ne pouvons espérer pouvoir établir pendant cette époque un diagnostic certain d'une grossesse extra-utérine, car les phénomènes observés jusqu'à ce jour, du côté des règles, du développement de l'utérus, du développement et de la sécrétion des mamelles, du volume du ventre, de la production des phénomènes nerveux ou sympathiques du côté des voies digestives, sont dans l'un et l'autre cas à peu près les mêmes. Le sentiment de gêne, de pesanteur, toujours fixé dans la partie profonde du bassin, qui parfois s'étend au rein du même côté, en se transformant en une douleur plus ou moins vive, indiquée par Chaussier, la manifestation d'accidents inflammatoires, la production et le retour plus ou moins fréquent de symptômes précurseurs d'avortement, ne sont guère de nature à nous éclairer davantage.

Ce n'est donc qu'à l'époque de la manifestation des mouvements du fœtus, que d'après la forme, le volume du ventre, le lieu où il se développe, les pulsations artérielles nombreuses que l'on perçoit, au dire de Baudelocque, à l'extérieur de la tumeur, et l'ensemble des signes que peuvent nous fournir l'auscultation, le palper abdominal, le toucher exercé alternativement par le rectum et le vagin; enfin, le cathétérisme utérin, qu'on peut arriver à un diagnostic à peu près certain de ces sortes de grossesses.

Quant à la fréquence des grossesses extra-utérines comparée à celle des grossesses utérines, le peu de temps que j'ai à consacrer à ce travail ne me permet pas de faire des recherches précises à cet égard. Un nombre considérable de faits ont été publiés depuis longtemps, et dans tous les pays, il suffit de lire quelques observations déjà anciennes pour voir qu'elles n'ont pas toutes le cachet d'une certitude incontestable. Dans les unes, il y a des soupçons de grossesses extra-utérines pendant la vie des femmes dont l'autopsie n'a pas été faite; dans d'autres, l'examen anatomique des parties n'a pas été fait avec assez de soin pour ne laisser aucun doute sur la nature du mal; on a pu prendre encore pour des grossesses extra-utérines des kystes fœtaux, résultat d'une génération par inclusion; enfin, un grand nombre de ces grossesses a dû passer inaperçue : toujours est-il que les grossesses extra-utérines sont extrêmement rares comparées aux grossesses normales. Dans les relevés statistiques des établissements d'accouche-

ments des principales villes d'Europe, où les particularités de la grossesse et de l'accouchement sont notées avec un certain soin, on trouve peu d'exemples de grossesses extra-utérines. La marche de ces grossesses, leur terminaison fréquente avant le terme ordinaire de la gestation, l'incertitude qui règne le plus souvent sur leur existence, expliquent assez comment les femmes qui en sont affectées n'entrent pas, en général, dans ces établissements, et comment il n'est guère possible de comparer la fréquence des unes et des autres grossesses.

Quant à l'ordre de fréquence des grossesses extra-utérines entre elles, nous trouvons dans la thèse de M. Daynac (Collection de 1825, Paris), que sur cent cinquante grossesses extra-utérines, les trois cinquièmes s'étaient développées dans la trompe, un peu plus d'un cinquième dans l'ovaire et les autres dans l'abdomen; parmi ces dernières, trois entre le rectum et l'utérus. M. Czihak (Meissner, *Progrès de l'art des accouchements*) dit que les grossesses tubaires sont aux autres grossesses extra-utérines comme trois sont à un.

Phénomènes et marche de la grossesse extra-utérine.

Les phénomènes ovologiques sont les mêmes que dans la grossesse normale; le fœtus se développe d'une manière assez régulière. Tant qu'il ne survient rien dans le kyste, il continue à se développer et peut même, comme cela résulte de plusieurs observations, dépasser le terme ordinaire de la gestation et arriver à un volume plus considérable que celui d'un fœtus à terme. Les membranes de l'œuf sont bien évidemment le chorion et l'amnios ; dans une discussion soulevée à l'Académie de médecine, plusieurs membres ont contesté l'existence de ces deux membranes, existence que des dissections nombreuses ont mise hors de doute. — « Il est beaucoup moins facile, dit M. Jacquemier, de constater l'existence et la disposition d'une membrane caduque formée par l'organisme maternel. Peu d'observations ont à cet égard la précision désirable. On voit cependant, dans un assez grand nombre, qu'il existe à la surface du chorion une troisième membrane ou couche de tissu blanchâtre, celluleux, qui unit le chorion aux tissus ou organes avec lesquels il est en rapport. Cette couche

doit être considérée comme identique, par sa composition et ses usages, à la caduque utérine; mais il ne faut pas la confondre avec les produits pseudo-membraneux, résultat d'une inflammation du péritoine ou du kyste, qui survient à la suite de déchirures et par le seul fait d'un trop long séjour de l'œuf dans la cavité qui le renferme. Dans ces cas, on ne peut plus distinguer la caduque des produits de l'inflammation adhésive avec lesquels elle a la plus grande analogie. »

M. Cazeaux n'admet pas l'existence de cette membrane d'enveloppe, de ce kyste dans la grossesse abdominale primitive, et voici, dit-il, comment M. Dezeimeris explique cette dernière circonstance :

« Lorsque l'ovule fécondé s'égare dans la cavité abdominale aussitôt après sa sortie de l'ovaire, on devine aisément qu'un corpuscule aussi peu volumineux, aussi souple, aussi fragile, ne peut provoquer qu'une excitation très-légère sur le point sur lequel il s'arrête, et que le champ de cette excitation ne peut dépasser les limites du contact du petit corps étranger. En un mot, il ne peut causer une inflammation aiguë, des adhérences et une exsudation plastique susceptible de former un kyste autour de lui. Or, s'il n'a pas produit tous ces désordres, les organes voisins ne seront pas blessés de son développement ultérieur, auquel ils s'habituent peu à peu : l'ovule, ayant pris droit de domicile, vivra, grandira, présentant aux surfaces unies et polies qui le touchent une surface également lisse, polie et humectée à leurs dépens, et

il n'aura pas besoin d'autre enveloppe protectrice; il ne se formera donc pas de kyste. Mais que tout à coup un œuf déjà volumineux vienne à se rompre, et que son contenu, d'abord placé comme lui dans la trompe ou l'ovaire, se trouve transporté au milieu de la cavité péritonéale; le produit de la conception constitue un corps étranger, au voisinage duquel les organes abdominaux ne sont pas habitués, qui doit les blesser, les irriter, et solliciter tout à l'entour une inflammation aiguë, dont le résultat sera l'exsudation d'une lymphe plastique; celle-ci, en se coagulant, constituera un kyste et isolera complétement le corps étranger. »

Il est facile de concevoir que la marche des grossesses extra-utérines doit présenter beaucoup d'irrégularités. Les variétés nombreuses de ces grossesses font qu'il n'est pas possible d'établir de règles pouvant s'appliquer aux cas très-divers qui peuvent se présenter. Le lieu où se développe le fœtus, le voisinage de certains organes, l'état d'intégrité ou de maladie des parties sur lesquelles l'ovule fécondé va se greffer, toutes ces circonstances et bien d'autres encore, ont une action bien manifeste sur la marche de la grossesse.

Nous avons vu, en parlant des signes, les difficultés qu'on éprouve à reconnaître, dans les premiers temps de son évolution, une grossesse extra-utérine; aussi, ne la reconnaît-on en général que lorsque le développement du kyste a déjà fait des progrès sensibles ou que lorsque des accidents sont venus révéler son existence. Dans les premiers temps, les modi-

fications que peut éprouver l'utérus, son volume, l'absence fréquente des règles, sont des signes qui feraient plutôt soupçonner une grossesse normale qu'une anormale.

Il en est de même des phénomènes fournis par les mamelles. La menstruation peut avoir lieu ou cesser, elle peut reparaître irrégulièrement ou disparaître pendant tout le temps que dure la grossesse, pendant plusieurs années par exemple.

Des douleurs plus ou moins vives peuvent survenir, elles sont en général irrégulières et peuvent avoir différentes causes; tantôt elles sont occasionnées par des contractions utérines, et ressemblent alors à celles qui se manifestent parfois dans le cours d'une grossesse régulière; tantôt elles ont leur siége dans la tumeur fœtale, au dire de certains observateurs, et reviennent, comme les premières, à des intervalles plus ou moins éloignés. Enfin elles peuvent être fixes et constantes, et dépendre alors de la compression qu'elles exercent sur les parties voisines, ou de la gêne qu'elles déterminent dans les fonctions de ces parties. Des douleurs d'une autre nature, des douleurs inflammatoires peuvent accompagner ces grossesses. En général, elles ne surviennent qu'après une altération du kyste et par suite d'un épanchement qui se fait en dehors de lui.

L'utérus, dans les grossesses extra-utérines, présente des modifications importantes à signaler, et qui sont souvent appréciables de bonne heure; ainsi, outre le développement sensible qu'il acquiert dans

beaucoup de cas, il peut être déplacé par la tumeur; celle-ci, quand elle a son siége entre l'utérus et le rectum, porte le premier en avant et peut se reconnaître par le toucher rectal; dans les grossesses abdominales développées au-dessus du pubis, l'utérus peut être refoulé en bas et comme aplati. Ces différentes positions de l'utérus font que, dans des cas douteux, on a pu prendre le kyste fœtal pour l'utérus développé par un produit de conception, et l'utérus lui-même pour une tumeur anormale.

Dans la grossesse abdominale, le kyste jouit quelquefois d'une mobilité assez grande, les parois qui le forment sont en général plus minces, et la main appliquée sur le ventre peut percevoir plus facilement les mouvements de l'enfant et distinguer ses différentes parties. Cette mobilité ne se rencontre pas à un degré aussi prononcé dans les grossesses qui ont des connexions intimes avec l'utérus, comme les grossesses tubaires ou interstitielles.

Quant aux douleurs de l'enfantement, elles surviennent à des époques très-diverses, avant ou après le terme d'une grossesse normale. Nous en avons cité des exemples en parlant des signes. Elles peuvent survenir au neuvième mois, durer plusieurs heures, plusieurs jours, plusieurs semaines même, disparaître complétement ou revenir chaque année à l'époque correspondant au terme de la gestation, comme cela eut lieu, pendant six ans, dans un cas rapporté par Lospichler (art. *Acad. nat. curios.*).

M. Dezeimeris cite une grossesse extra-utérine

qui n'a pas empêché une nouvelle fécondation, se développant cette fois dans l'utérus. Dans l'observation que je dois à M. le docteur Oulmont, une première grossesse tubaire n'empêcha pas un fœtus de se développer dans la trompe du côté opposé.

M. Dezeimeris pense que les grossesses extra-utérines sont plus fréquentes à gauche qu'à droite ; elles pourraient être en cela rapprochées des maladies de l'ovaire, que Cacus dit plus fréquentes dans l'ovaire gauche que dans le droit.

Grossesse extra-utérine, datant de quatre ans et demi, fœtus à terme, ouverture spontanée de la poche dans l'S iliaque du colon, rupture dans le péritoine, péritonite, mort.

Une femme âgée de trente-neuf ans, non mariée, entra le 16 août 1852 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier. Cette femme a été réglée à dix-neuf ans, elle avait déjà eu des rapports sexuels avant cette époque, les menstrues se sont établies régulièrement et n'ont jamais été troublées jusqu'au moment où elle est tombée malade. Elle devint enceinte pour la première fois il y a douze ans, et fit une fausse couche à sept mois, qui ne détermina chez elle aucun accident, et huit jours après elle était parfaitement rétablie.

Il y a quatre ans, elle redevint enceinte, ou du moins crut l'être de nouveau, la date est parfaitement présente à sa mémoire, c'était en 1848, lors des évé-

nements de février, que ses règles ne se montrèrent pas à l'époque habituelle. Elle éprouva, dit-elle, les mêmes sensations que la première fois. Quelque temps après la non-apparition des règles, elle fit une chute de la hauteur d'un étage, six semaines après élle fut obligée de se coucher, mais elle n'eut pas de métrorrhagie. Cinq semaines environ après, elle sentit ou crut sentir remuer son enfant; son ventre était devenu volumineux, ses seins avaient grossi, elle et toutes les personnes qui l'entouraient étaient persuadées qu'elle était enceinte, elle se soigna chez elle, ne se trouvant pas assez malade pour aller à l'hôpital. L'enfant ne lui parut remuer que durant quelques jours, et les mouvements étaient plus violents que lors de sa première grossesse. Au bout de neuf mois, son ventre, toujours volumineux, n'avait cependant pas atteint le volume qu'il avait lors de sa fausse couche; elle ne sentait plus rien remuer, elle eut du lait durant plusieurs jours; les seins étaient durs et volumineux, elle mit quelques cataplasmes, et cette sécrétion se tarit bientôt; cependant les règles ne paraissaient point; elle fut ainsi un an sans avoir aucune perte; au bout de ce temps, elles reparurent régulières comme auparavant, et chaque mois elles avançaient de quelques jours sur l'époque de sa précédente menstruation. Elle fut souffrante durant quinze mois, puis sa santé se rétablit, elle recommença à travailler, son ventre était seulement resté volumineux, mais elle ne s'en inquiétait plus. Il y a deux mois environ, elle retomba malade; elle est au lit

depuis douze jours, elle souffre dans tout le ventre, ses douleurs sont intenses et continuelles; elle ne souffre pas plus quand elle est debout que lorsqu'elle est couchée, et ne peut se coucher que sur le dos: dès qu'elle se met sur le côté elle éprouve des douleurs insupportables, plus fortes au bas-ventre et au sacrum, la marche augmente ces douleurs; la dernière fois les règles se montrèrent plus abondantes que de coutume; depuis ce temps (près d'un mois) elle perd un peu de sang trois ou quatre fois par jour, il est peu abondant, cet écoulement est précédé de douleurs plus vives. Le ventre est volumineux, dur, il est toujours resté ainsi depuis quatre ans; la face est pâle et jaune.

Le toucher vaginal fait reconnaître que le col est placé assez bas, la lèvre antérieure est mince, la postérieure est assez volumineuse, comme déchirée dans son milieu; le col est entr'ouvert, l'extrémité du doigt peut s'y engager. Le cul-de-sac postérieur du vagin est peu étendu, il est occupé par une tumeur dure, volumineuse, faisant corps avec l'utérus, qui est un peu abaissé, mais mobile; la tumeur se meut avec lui. La matrice est volumineuse; on sent en palpant l'hypogastre, les mouvements qu'on lui imprime par le vagin.

La vulve offre une teinte violacée, peu intense, on perçoit à gauche de l'hypogastre de la fluctuation à travers les parois abdominales, le col est assez dilaté, on sent dans le cul-de-sac postérieur, une tumeur très-ferme, très-résistante; le corps de l'utérus est

porté en avant et à droite, il soulève la paroi de l'abdomen. L'hystéromètre pénètre très-aisément dans la cavité, cet instrument montre que la matrice est déviée en avant et à droite, la cavité n'a pas plus de 5 à 6 centimètres de hauteur, l'utérus est donc un peu plus volumineux et la tumeur très-probablement extra-utérine. La fluctuation que l'on sent à gauche par le palper hypogastrique est perçue par le doigt introduit dans le vagin.

2 septembre. — Le palper hypograstrique fait toujours reconnaître à gauche une sensation de fluctuation mêlée de craquements particuliers, et quand on a déplacé le liquide, on sent une tumeur dure au-dessous.

Toucher vaginal. — Sur la tumeur dure que l'on reconnaît par le cul-de-sac postérieur du vagin, on en sent une autre petite placée en arrière et à droite et qui ne paraît pas comme elle, faire corps avec l'utérus.

Toucher rectal. — On perçoit toujours une tumeur fluctuante placée au-dessous de la tumeur dure. Est-ce un kyste contenant un fœtus mort, comme tendent à le prouver les renseignements donnés par la malade?

4 septembre. — Il sort par le rectum une grande quantité de mucus en masses blanches et dures. Le ventre est plus tendu, les douleurs sont peut-être plus vives que dans les premiers jours, la fluctuation et la crépitation que le palper abdominal fait

reconnaître semblent plus étendues et plus prononcées.

10 septembre. — Le palper abdominal donne toujours la même crépitation, et en pénétrant plus profondément on rencontre un corps dur comme une pierre.

Toucher vaginal. — La partie dure est mobile, le doigt qui est dans le vagin la renvoie à la main appliquée sur l'abdomen. Le ventre est toujours volumineux, tendu, non douleureux au toucher. Nous ne doutons plus de l'existence d'une grossesse extra-utérine. Quelques jours après, le 21 septembre, le ventre est douloureux à la pression; inflammation du rectum, fausses membranes dans les selles et après les selles. On perçoit toujours, par le palper abdominal, une crépitation comparable à celle que l'on éprouve en pressant une boule de neige entre les doigts.

5 octobre. — Face très-pâle, amaigrissement depuis l'entrée à l'hôpital, la tumeur paraît plus élevée, la fluctuation est moins manifeste.

Enfin le 17 octobre la malade rend dans les selles des fragments d'un fœtus à terme, un fémur, une côte, une portion du cuir chevelu; il s'est fait une perforation qui a établi une communication entre le kyste et le rectum.

7 novembre. — Issue d'un caillot de sang très-altéré, de 4 centimètres de large. La malade éprouve des douleurs très-violentes avant et après la selle, ensuite elle souffre peu.

16 novembre. — M. Huguier examine de nouveau la malade et trouve que la tumeur qui existait à la partie antérieure et gauche de l'hypogastre a presque entièrement disparu. En pratiquant le toucher vaginal, on ne sent plus de fluctuation, il faut porter le doigt en haut et derrière l'utérus pour reconnaître encore la tumeur.

20 novembre. — A partir de ce jour, l'état général est beaucoup plus satisfaisant, l'appétit, les forces reviennent, la malade peut se lever plusieurs heures dans le jour.

30 novembre. — Par le toucher vaginal, on ne peut plus sentir la tumeur, à moins qu'on ne déprime l'abdomen; par la palpation hypogastrique, elle semble avoir diminué.

Le 6 la malade a des coliques et des spasmes abdominaux; le 7 elle rend deux os de fœtus, le lendemain les douleurs abdominales diminuent.

14 décembre. — Elle éprouve de nouveau de fortes coliques et rend encore deux os du fœtus, le maxillaire supérieur, une côte, et dans la même journée deux autres fragments osseux.

27 décembre. — Elle se plaint beaucoup. M. Huguier touche par le rectum et amène, avec le doigt, la majeure partie du sphénoïde. Après avoir légèrement chloroformé la malade, il introduit la totalité de la main droite dans le rectum pour reconnaître la situation et l'étendue de l'ouverture de communication avec l'intestin, mais toutes les recherches furent inutiles, on ne put arriver jusqu'à elle.

7 janvier 1853. — Nouvelles coliques, douleurs analogues à celles de l'accouchement. Dans la nuit du 7 au 8, un temporal est expulsé avec grande douleur.

18 janvier. — Nouvelles douleurs, expulsion d'une côte et d'une portion du sphénoïde. Jusqu'au 20 février, il ne se passe rien de remarquable. Ce sont des alternatives de douleur et de calme; cependant l'appétit se soutient, mais les forces ne reviennent pas, elle ne peut plus se lever. Il y a de l'insomnie, diarrhée continuelle. Trois à quatre selles fétides par jour. L'opium procure momentanément du soulagement.

20 février. — Les douleurs sont plus violentes ; la malade croit qu'elle va rendre quelques fragments osseux; on touche par le rectum, mais on ne peut arriver jusqu'à l'ouverture de la tumeur, et on ne sent aucun corps étranger. Le siége de la plus grande douleur à l'hypogastre est toujours à gauche. Le ventre est un peu météorisé. Jusqu'à ce jour, la malade a rendu successivement les différentes portions du squelette, dont voici l'énumération : os iliaque, fémur, tibia, temporal, sphénoïde, maxillaire supérieur, moitié droite du maxillaire inférieur, avec leurs follicules dentaires, une clavicule, quatre côtes, des phalanges, des fragments de vertèbres.

14 mars. — L'amaigrissement fait de grands progrès, le facies est très-altéré, la malade s'épuise dans des douleurs incessantes. Fièvre continue avec re-

doublement le soir, perte d'appétit, selles diarrhéïques et douloureuses.

2 avril au soir. — Vomissements verdâtres, douleurs intolérables, ventre plus sensible à la pression, selles sanguinolentes, fétides, contenant des débris de fœtus, cheveux, mais pas d'os; pouls petit, serré, fréquent, 120 pulsations, la face présente une altération plus marquée.

4 avril. — M. Huguier touche de nouveau par le rectum et croit sentir l'ouverture de la tumeur, il se décide à employer des pinces pour aller saisir et broyer les pariétaux, et tâcher de les retirer. La malade est transportée sur un lit disposé convenablement; mais dans les mouvements qu'elle fait, peut-être s'opère-t-il quelque changement dans la position de la tumeur, on ne peut plus retrouver la dépression qu'on avait prise pour l'ouverture de communication avec l'intestin. Du reste, la faiblesse de la malade est telle qu'on ne peut songer à tenter la moindre manœuvre.

Le pouls devint insensible, les extrémités se refroidirent et la malade succomba pendant la nuit.

Autopsie faite 29 heures après la mort, le 6 avril 1853, à 8 heures du matin. L'abdomen ouvert, on trouve les traces d'une péritonite aiguë.

Quelques fausses membranes peu résistantes ont déterminé çà et là l'adhérence des intestins. Vers les flancs, on trouve trois ou quatre cuillerées de sérosité purulente et un demi-verre de pus dans l'excavation pelvienne, pas d'autre épanchement de liquide. La

face postérieure de la paroi antérieure de l'abdomen est complétement dépourvue d'adhérence, soit avec la masse intestinale, soit avec la tumeur. Cette tumeur, qui n'est autre chose que la poche fœtale elle-même, repose par sa face postérieure sur les dernières vertèbres lombaires et sur l'angle sacro-vertébral, en s'enfonçant dans la partie postérieure gauche de l'excavation pelvienne, au-devant de la symphyse sacro-iliaque du même côté. La forme de cette tumeur est irrégulièrement sphérique, son volume est un peu plus considérable que celui de la tête d'un fœtus à terme, elle est plus développée à gauche qu'à droite. Située à deux pouces au-dessus du colon transverse, elle présente les rapports suivants avec les organes environnants :

En avant, elle est successivement recouverte de haut en bas par le mésentère, les anses de la fin de l'intestin grêle, par le grand épiploon et la face postérieure de l'utérus.

En arrière, elle se confond intimement avec la partie antérieure de la fin de l'S iliaque du colon et de l'origine du rectum ; sur les côtés de cet intestin, elle adhère au péritoine et au tissu cellulaire sous-péritonéal qui recouvre les muscles psoas et iliaque, la colonne vertébrale et les organes voisins.

A gauche, on trouve entre elle et la partie correspondante de l'excavation pelvienne quelques anses d'intestin grêle.

A droite, elle est limitée par une grande partie de l'intestin et le grand épiploon ; elle est située à deux

pouces environ du cœcum, et est longée de chaque côté par les uretères.

On trouve à la partie antérieure gauche de la tumeur, une ouverture elliptique ayant 11 millimètres dans son grand diamètre et 6 dans son petit. Par cette ouverture apparaît l'angle de l'un des pariétaux. L'anse intestinale qui recouvrait cet orifice présente, dans le point qui se trouvait en rapport avec lui, une coloration violacée, la séreuse est détruite et usée par le frottement de cette partie osseuse, mais il n'y a pas de trace d'inflammation adhésive et, en effet, aucune fausse membrane n'a déterminé l'adhésion de l'intestin dans ce point. C'est par cette ouverture que s'est fait, dans le péritoine, l'épanchement d'une cuillerée environ d'un liquide noirâtre et très-fétide en tout semblable à celui contenu dans le kyste.

Un peu à droite, à 5 centimètres de cette première ouverture, on en rencontre une seconde de forme circulaire et ayant à peu près 4 millimètres de diamètre, cette perforation était cachée par la fin de l'intestin grêle qui adhérait mollement à son pourtour, elle avait été produite par l'extrémité sternale de l'une des vraies côtes dépourvue de son cartilage : seulement il y a cela de remarquable qu'ici l'os ferme exactement l'ouverture et ne permet pas aux liquides de la poche de s'épancher dans le péritoine. Telles sont les particularités que présente la tumeur examinée en place.

La tumeur enlevée avec tous les organes qui ont

des rapports avec elle, on incise la fin de l'S iliaque et l'origine du rectum par leur paroi postérieure, on voit que la poche fœtale s'est ouverte à 20 centimètres au-dessus de l'anus, ce qui explique comment ni les doigts ni les instruments ne pouvaient atteindre la communication entre l'intestin et le kyste. L'ouverture faite à la partie supérieure du rectum et à la fin de l'S iliaque, laisse voir que le kyste avait détruit une grande partie de la paroi antérieure de ces deux intestins et que la presque totalité du squelette était sur le point de passer dans la cavité intestinale. On trouve successivement de haut en bas quatre perforations, l'une supérieure qui offre 9 centimètres d'étendue dans son diamètre vertical et environ 6 transversalement; une bride formant pont, constituée par une petite partie de la paroi intérieure de l'intestin, divise cette grande ouverture en deux, et c'est principalement cette bride qui s'opposait au passage des grands os du crâne dans la cavité intestinale. Les trois autres ouvertures, ayant 7 à 8 millimètres d'étendue, sont situées à 2 centimètres de la perforation; elles laissent passer un radius, un cubitus, une côte qui font saillie dans la cavité de l'intestin.

Telles sont les rapports de la poche fœtale avec le rectum et une partie de l'S iliaque.

Cette poche qui n'avait pas de paroi propre et qui était seulement formée par l'adhérence des viscères pelvi-abdominaux entre eux et quelques légères fausses membranes, renfermait tous les os du sque-

lette (moins ceux sortis pendant la vie), un liquide fétide noirâtre et des détritus d'aliments et des matières fécales venues de l'intestin.

La trompe ne communique plus avec la cavité utérine, elle est complétement oblitérée de ce côté; l'autre extrémité communique avec le kyste par une ouverture de 2 centimètres de diamètre, parfaitement arrondie.

Dans le pavillon de l'autre côté, celui du côté droit, se trouve un caillot sanguin du volume d'une grosse noix. L'utérus est en antéflexion très-prononcée. La partie inférieure du cul-de-sac péritonéal recto-utérin était restée libre d'adhérences dans l'étendue de 1 pouce. »

Terminaisons.

Il est rare que la grossesse extra-utérine parcoure toute la durée du temps de la grossesse normale; le plus souvent elle se termine avant le cinquième mois. Nous avons vu que dans les cas où la grossesse arrivait au neuvième mois, il y avait alors du côté de

l'utérus une sorte de faux travail ; que des contractions se manifestaient dans cet organe, et qu'elles étaient souvent accompagnées de douleurs ayant leur siége dans la tumeur fœtale. Comme le fait remarquer M. Velpeau, ces douleurs peuvent se comprendre facilement dans les cas de grossesse tubaire, puisque la trompe qui enveloppe l'œuf possède des fibres contractiles. L'explication est moins facile dans les cas de grossesses abdominales. Nous pensons qu'il serait nécessaire de bien constater le phénomène dans ces cas, et de bien savoir si les auteurs qui en ont affirmé l'existence, ne s'en sont pas laissé imposer par des contractions des muscles abdominaux, par exemple. Il faudrait savoir si ces douleurs ont bien le type intermittent ou si elles sont continues, car, dans ce dernier cas, on pourrait, suivant nous, les expliquer par la distension considérable du kyste, et par la compression qu'il exerce sur les parties voisines. Ou bien il faudrait admettre qu'il s'est développé dans le kyste des fibres charnus, ce que l'examen anatomique n'a pas encore démontré.

Après sa mort, qui survient le plus souvent avant le troisième ou le quatrième mois, le fœtus peut subir les transformations diverses que nous avons indiquées ; le kyste peut se resserrer sur lui, le liquide amniotique et les autres parties fluides de l'œuf peuvent être résorbées, et la tumeur, ainsi constituée et réduite, peut rester dans l'abdomen pendant un temps indéterminé sans compromettre les jours de la femme. Dans d'autres cas, la tumeur s'enflamme, des abcès se

forment ou bien la putréfaction s'en empare, et si une élimination prompte ne survient pas, la femme ne tarde pas à périr. Enfin, on a vu l'œuf se remplir d'un liquide plus ou moins épais, plus ou moins transparent, et en quantité quelquefois considérable, au milieu duquel flottait le fœtus.

Quant à la rupture du kyste, c'est dans les grossesses tubaires qu'on la remarque le plus souvent; elle est en général annoncée par des lypothymies, des syncopes, des convulsions, des douleurs qui enlèvent souvent la malade en quelques heures, comme on peut le voir par les nombreuses observations qui ont été citées dans ce travail. Les grossesses extra-utérines peuvent commencer à se développer dans la trompe, dans les parois de l'utérus, et constituer ce qui a été appelé grossesse extra-utérine primitive; elles peuvent, par les progrès de leur développement, rompre les parois de l'organe qui leur a donné momentanément asile, sortir de leur cavité, et devenir grossesses extra-utérines consécutives, de même que nous avons vu, dans les grossesses abdominales, le kyste se rompre et le fœtus être consécutivement porté hors du lieu où il s'était d'abord développé. Voyons maintenant quels peuvent être les différents modes de terminaison de ces grossesses.

M. Cruveilhier, dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique, s'exprime ainsi à propos des grossesses extra-utérines ovariques :

« Le fœtus peut parcourir dans l'ovaire toutes les périodes de son développement, ce qui est fort rare;

le plus souvent la poche ovarienne se rompt au deuxième, troisième et quatrième mois de la conception : une hémorrhagie mortelle accompagne presque toujours cette rupture, que précèdent ou que ne précèdent pas des symptômes graves d'inflammation. Si l'hémorrhagie n'était pas la conséquence de cette rupture, la présence du fœtus dans la cavité abdominale deviendrait une cause presque inévitable d'inflammation : c'est en effet ce que j'ai observé dans un cas mentionné ailleurs. Un fœtus à terme était contenu dans la cavité péritonéale, au milieu d'une grande quantité de pus ; il tenait à l'aide du cordon ombilical à une tumeur sphéroïdale, volumineuse, formée par un kyste ovarique renversé, et dont la surface extérieure était formée par le placenta. La péritonite provoquée par la présence du fœtus était chronique, ce qui prouve que le fœtus avait séjourné pendant un temps assez long dans la cavité péritonéale. Il est même certain qu'il a pu y vivre, car il ne présentait aucune altération, encore moins aucune trace de putréfaction, et sa mort avait dû précéder de bien peu de temps, peut-être même de quelques heures, la mort de la mère : on conçoit qu'une péritonite sur-aiguë très-rapidement mortelle, pourrait être la conséquence d'une pareille pénétration du fœtus dans la cavité péritonéale. »

L'hémorrhagie et la péritonite aiguë ou chronique sont des terminaisons fréquentes des grossesses extra-utérines. J'en ai cité plusieurs observations dans le cours de ce travail.

Quant à l'époque à laquelle se fait la rupture du kyste, M. Dezeimeris dit qu'elle a lieu le plus souvent avant la fin du second mois dans les grossesses interstitielles, avant la fin du quatrième dans les tubaires, un peu plus tard dans les ovariques, au neuvième mois dans les abdominales. Dans ces dernières, cette rupture peut se faire après le neuvième mois, et quelquefois au bout d'une ou de plusieurs années. Saxtorph, de Copenhague, a cité un cas exceptionnel, c'est une grossesse tubaire régulièrement développée jusqu'à neuf mois.

La mort du fœtus a lieu le plus souvent au moment de la rupture du kyste, ou quand la grossesse est parvenue au neuvième mois, au moment des douleurs de l'enfantement, ou plus tard encore. Dans une observation présentée à l'Académie de médecine, par M. Mathieu, et sur laquelle M. Gerdy fit un rapport en 1841, la mort du fœtus survint trois semaines après les douleurs de l'enfantement qui s'étaient manifestées au neuvième mois révolu : « La malade ressentit dans l'abdomen un tremblement convulsif qui se termina par des secousses violentes, et enfin par l'immobilité de la mort dans la masse de l'enfant. »

On doit regarder comme une très-rare exception les cas où le fœtus a vécu au delà de ce temps, et où il a pu se développer encore, comme l'état du squelette a paru le démontrer. On a cité des cas dans lesquels des fœtus de plus de neuf mois ont pu être retirés vivants.

Sabatier a cité deux cas d'hémorrhagie prompte-

ment mortels après la rupture du kyste; il en existe un grand nombre d'autres.

Quant aux phénomènes consécutifs à ces ruptures, il peut se faire que des inflammations plus ou moins promptes soient déterminées par le passage du fœtus ou de ses dépendances dans des parties non accoutumées à leur contact, ou bien le fœtus peut, pour ainsi dire, se créer une nouvelle demeure, un nouveau kyste où il subit ces transformations diverses qui lui permettent de séjourner plus ou moins longtemps dans les tissus, à l'état de matière grasse, de substance ossiforme, ou d'une sorte de momie. Un grand nombre de ces tumeurs ont été découvertes à l'autopsie de femmes chez lesquelles on n'avait jamais soupçonné l'existence de grossesse extra-utérine.

Au lieu de se resserrer sur le fœtus qui se durcit et se momifie, comme nous l'avons vu, le kyste devient quelquefois le siége d'une sérosité abondante; dans ce liquide plus ou moins épais, plus ou moins transparent, tantôt brun, tantôt rougeâtre, flottent des débris de fœtus. La paracentèse ayant été pratiquée, il est arrivé que des mèches de cheveux sont sorties par la canule, ou que la rétraction des parois abdominales sur le corps du fœtus a pu fixer le diagnostic. Dans un cas dû au docteur Mac Culoch et rapporté dans le *British american journal* de décembre 1845, il fut retiré trente-six pintes d'une sérosité limpide, ce qui permit de sentir les irrégularités de la surface du corps du fœtus; et dans l'observation du docteur Fage, une grande quantité de liquide

qui sortait par la canule du trois-quart entraîna une mèche de cheveux qui tenait au fœtus par l'une de ses extrémités.

Le plus souvent ce n'est pas de la sérosité pure que renferme l'œuf, c'est du pus. La présence du fœtus n'a pu être tolérée sans amener une inflammation assez vive. Les exemples de cette terminaison ne sont pas rares. En même temps que le liquide purulent est formé à l'intérieur de la poche, une inflammation adhésive fixe celle-ci aux parties circonvoisines par des adhérences plus ou moins étendues, adhérences qui peuvent plus tard prévenir un épanchement dans le péritoine et permettre, dans des cas déterminés, de pratiquer des débridements. Mais l'inflammation ne s'arrête pas toujours ainsi, elle peut gagner de dedans en dehors toutes les couches organiques qui séparent l'œuf de l'extérieur, la peau se soulève, rougit, s'amincit, et finit par se perforer, ouvrant ainsi une voie à l'issue du fœtus et du pus.

Dans les grossesses extra-utérines qui ne sont pas sous-péritonéo-pelviennes ou tubaires, l'élimination se fait le plus souvent dans la région ombilicale; tel est le cas emprunté par M. Dezeimeris au docteur Wees de Torn; il s'agit d'une paysanne polonaise âgée de vingt-huit ou trente ans, qui avait mis au jour neuf enfants, la plupart morts-nés. Sa dixième grossesse ne lui causa pas plus d'incommodités que les précédentes. Le travail se déclara au terme naturel; les douleurs furent suivies d'un

écoulement d'eaux en quantité ordinaire; elles cessèrent après que la malade eut éprouvé la sensation d'un déchirement intérieur, qui ne donna lieu néanmoins à aucun écoulement de sang par les parties génitales. Les mouvements du fœtus cessèrent de se faire sentir. Après des accidents variés, qui se prolongèrent longtemps, mais dont on ne détermine pas la durée, la tumeur qui était restée dans l'abdomen devint douloureuse dans la région ombilicale; elle s'enflamma, s'ouvrit, et par cette rupture sortirent successivement, avec des liquides purulents, tous les os du fœtus.

Tout cela se passa sans aucun secours de l'art; la malade n'eut le plus souvent pour se panser d'autre personne qu'elle-même. Ce fut sans doute par l'effet des soins malentendus qu'elle reçut, qu'un intestin se trouva endommagé, et qu'il resta à la malade un anus contre nature : à cela près, elle se rétablit. (Docteur Wees de Torn, dans *Rust's Magazin für die gesammte Heilkunde*, t. XIX, n° 2.)

L'observation dont nous avons déjà fait mention, et qui appartient à M. Mac Culloch, présente aussi un exemple des efforts de la nature, pour expulser le fœtus au dehors, près de l'ombilic. Une incision fut pratiquée sur la partie inférieure de la ligne blanche et le fœtus extrait par cette ouverture.

Les auteurs ont mentionné des perforations de l'estomac qui établissaient une communication entre la cavité de ce viscère et celle de l'œuf, des fragments du fœtus auraient été rejetés au dehors par cette voie,

au moyen des vomissements. M. Dezeimeris considère quelques-unes des observations qui ont été publiées comme assez probantes; d'ailleurs, ajoute-t-il, on connaît deux exemples authentiques de ce phénomène sur des animaux.

L'ulcération, au lieu de se faire dans la région de l'ombilic ou sur les parois de l'estomac, attaque, dans d'autres cas, la vessie, le vagin ou le rectum. Ce siége de l'élimination, qui est commun à toutes les grossesses extra-utérines, est plus particulier à celles qui sont sous-péritonéo-pelviennes; le travail se fait-il du côté de la vessie, les femmes rendent avec les urines du pus, du sang, des matières putréfiées. Des fragments d'os ont été quelquefois rejetés par l'urètre ou ont séjourné dans la vessie; quand le fœtus reste entier, les accidents que sa présence amène dans la poche vésicale sont très-redoutables.

On lit dans le *London medical journal* de 1808 qu'en pareil cas, l'extraction étant devenue nécessaire, on fut obligé de pratiquer la taille hypogastrique, à la suite de laquelle la malade périt. M. Morlane a rapporté dans le *Journal général de médecine* un fait plus heureux : deux pierres et cinq portions d'os du crâne furent retirées avec succès par la lithotomie.

Pour donner une idée des variétés curieuses que peut présenter l'élimination par la vessie, nous pourrions rapporter le fait publié par M. H. Larrey. Voici une autre observation qui rentre plus dans notre sujet.

Une femme de quarante-sept ans devint enceinte pour la seconde fois; les premiers temps de sa grossesse furent pénibles; quand la moitié fut passée, la malade eut des coliques violentes et des douleurs cruelles. Depuis lors, elle éprouva continuellement au côté droit, vers l'anneau inguinal, une sensation très-désagréable chaque fois que l'enfant se remuait. Dans la trente-septième semaine, elle se plaignit un soir de douleurs violentes, avec frisson et une sensation comme si les intestins eussent été tirés vers le bas. Les douleurs, portées au dernier degré d'intensité, se terminèrent enfin par une paralysie de la jambe droite qui dura trois semaines. Depuis lors, elle cessa de sentir les mouvements de son enfant, fut toujours d'une santé chancelante, et ses seins se remplirent de lait.

Vers le quinzième mois, elle rendit par le vagin une certaine quantité de sang corrompu et fétide. Un mois après, les menstrues reparurent, et continuèrent jusqu'à la fin de sa vie, sans cependant être régulières. La santé générale était améliorée, et, excepté de fréquentes douleurs de ventre et un sentiment de compression de la vessie urinaire, la malade se portait assez bien. Elle resta pendant neuf ans dans le même état. A cette époque, après une vive frayeur, frissons, coliques, suivies de douleurs, semblables à celles de l'enfantement, qui durèrent plusieurs heures. Depuis lors, la malade se plaignit d'une ischurie douloureuse; elle était obligée d'uriner à chaque instant; elle rendait peu d'urine à la fois, et ce liquide

ressemblait à une matière purulente, qui souvent était entremêlée de parcelles de gélatine épaissie. Trois ans après, la malade observa qu'elle avait un corps dur dans l'urètre, et au bout de quelques mois elle rendit, en urinant, une pierre grisâtre de la grosseur d'une fève de marais, ce qui la soulagea. Plus tard elle rendit avec les urines un os ressemblant à un tibia d'enfant. Quelques jours après, il sortit un second calcul et un fragment des os de la tête, et, de cette manière, elle rendit quatre-vingt-quatorze calculs de différente grosseur, le plus gros ayant celle d'une fève et de différente forme; elle rendit en outre diverses pièces osseuses du crâne, quelques vertèbres, six dents, une partie du péroné et vingt-et-un morceaux d'os plats. Environ une année après, un os boucha l'ouverture de l'urètre et y causa des douleurs presque insupportables; on y pratiqua une incision et on retira la mâchoire inférieure, et la malade fut soulagée. Mais ses douleurs allant toujours en augmentant, elle se rendit à Rostock. Elle était pâle et cachectique, et ses souffrances étaient au delà de toute expression. On fit des tentatives vaines et douloureuses pour extraire avec des instruments les corps contenus dans la vessie, et l'on se résolut enfin à pratiquer la cystotomie sous-pubienne. Josephi trouva la vessie épaisse, dure et charnue; elle était entièrement remplie de parcelles osseuses, dures et pointues et d'une assez grande quantité de parties molles. On en retira cent douze pièces osseuses en partie entières et en partie corrodées, et vingt mor-

ceaux de concrétions calculeuses, quelques cartilages, une partie du crâne et de la face, et des intestins d'un bleu noirâtre et adhérant au placenta et au mésentère. Plusieurs os adhéraient tellement à la tunique interne de la vessie qu'on ne put les en extraire que forcément. On découvrit au fond de la vessie un trou à travers lequel le doigt touchait les intestins de la malade. Après l'opération, la malade se trouva assez bien, mais sans qu'il survînt de symptômes d'une inflammation abdominale; elle succomba le troisième jour. La trompe et l'ovaire du côté droit avaient disparu pour former le kyste fœtal, qui adhérait à la vessie et communiquait avec elle. (Josephi, Rostock, 1803.)

Quand l'ulcération s'est faite sur la paroi postérieure du vagin, un écoulement de matières purulentes, sanguinolentes, verdâtres, d'une odeur fétide s'établit par ce canal. Des lambeaux de chair, des os, sortent par la vulve au bout d'un temps variable. La tumeur engagée dans le cul-de-sac vagino-rectal, comprimant le rectum en arrière pendant qu'elle ulcère le vagin en avant, une perforation peut s'opérer sur cette partie de l'intestin, et des débris du fœtus peuvent sortir par cette nouvelle voie. M. Dezeimeris rapporte le cas suivant qui est un bel exemple de cette particularité:

Une femme avait déjà mis au monde un enfant à terme, et depuis elle avait éprouvé trois fausses couches successives. Parvenue à une époque indéterminée d'une cinquième grossesse, dans le cours de la-

quelle elle n'avait ressenti rien d'extraordinaire, cette femme se plaignit de douleurs comme pour accoucher, d'abord légères, puis très-vives, qui cessèrent totalement après deux jours. A la suite d'un craquement qu'elle sentit dans l'abdomen, les eaux s'écoulèrent, et en même temps, une petite quantité de sang très-fétide. Une sage-femme constata bien l'issue des eaux, mais trouva le col utérin encore très-élevé et exactement fermé. Un médecin fut appelé : il présuma que le terme de l'accouchement n'était pas encore arrivé, d'autant plus que la malade ne se croyait grosse que de six à sept mois. Les douleurs expulsives ne reparurent plus; les mamelles se tuméfièrent, et une péritonite se déclara, accompagnée de symptômes nerveux très-intenses. Le ventre, fort douloureux à droite, offrait de ce côté une tumeur dure et immobile. Cependant la fièvre se dissipa, et la douleur du ventre diminua beaucoup. A quelques jours de là, il s'établit par le vagin un écoulement de matières verdâtres, sanguinolentes, d'une odeur de moisi; cet écoulement et la douleur durèrent encore à peu près l'espace de trois mois. Alors, la malade, à la suite des règles, rendit par la vulve des lambeaux de chairs pourries et délayées dans un liquide noirâtre. Après trois autres mois, les douleurs de côté reparurent et se dissipèrent de nouveau.

Neuf ou dix mois plus tard, la malade redevint enceinte et la douleur reparut, augmentant à mesure que la grossesse faisait des progrès. Enfin la sortie d'un fœtus mort et putréfié avait mis un terme aux

accidents, quand, en octobre 1820, la tumeur du ventre persistant toujours, quelques coliques portèrent la malade à prendre un lavement. Elle crut remarquer dans les fécès un fragment d'os : et les jours suivants, en effet, elle en rendit d'autres dans lesquels on reconnut successivement un temporal, un pariétal, des côtes, des fémurs, etc. Une fistule recto-vaginale s'était établie, mais au mois de juillet 1821, la tumeur du ventre avait disparu, la fistule était oblitérée, l'appétit, les forces avaient reparu, et la malade ne tarda pas à recouvrer entièrement la santé. (*Saggi della Cæsar Academia di scienze di Pavora*, *nouv. Biblioth. méd.*, t. III, p. 138.)

Enfin l'élimination du kyste fœtal peut s'opérer par des ulcérations établies à la fois dans la région ombilicale ou l'hypogastre, dans la vessie, le vagin et le rectum ; il n'est pas rare de trouver dans les observations des exemples de ces ouvertures multiples.

Les efforts que fait la nature pour débarrasser l'organisme aboutissent quelquefois à une guérison complète, toutes les parties du fœtus sont éliminées successivement, le kyste se vide, se déterge, des bourgeons charnus s'élèvent à sa surface, enfin une masse ou un cordon fibreux dur succède à la tumeur primitive, mais cette terminaison heureuse n'arrive pas toujours. Le fond du foyer purulent étant trop déclive, le pus s'accumule quelquefois, reste stagnant dans les fosses iliaques ou le petit bassin ; une contre-ouverture serait nécessaire, mais la profondeur du

kyste, le trajet sinueux que parcourt le pus peuvent la rendre très-difficile ou même impossible, et une fistule intarissable peut s'établir. Tels sont les cas de Wilmans, de Riva, de M. Bonnie, cités par M. Velpeau. Cet état pathologique n'a pas empêché des femmes de concevoir, et la grossesse de parcourir toutes ses périodes sans accident, comme le prouvent les observations de Detwiller, de Drake et de Middleton.

Nous avons déjà parlé plusieurs fois de l'anatomie pathologique au sujet de la marche et de la terminaison des grossesses extra-utérines. Nous croyons devoir en dire encore quelques mots, au point de vue surtout du traitement.

Anatomie pathologique.

Nous avons vu qu'en général l'œuf a ses membranes propres, et que dans certaines grossesses, une exsudation plastique lui constitue une troisième membrane qui a été regardée comme l'analogue de la caduque. Le plus souvent, le placenta est mince, ses vaisseaux sont petits, disséminés; d'autres fois ils ne forment

qu'une seule masse, comme dans les grossesses utérines. Il peut arriver aussi que les vaisseaux prennent un volume considérable, comme on en trouve des exemples rapportés par M. Cruveilhier, dans l'ouvrage que nous avons déjà cité.

Ces dispositions sont importantes à connaître, elles expliquent certaines hémorrhagies promptement mortelles; elles peuvent aussi empêcher le chirurgien de tenter, dans certains cas, une opération. Les vaisseaux du placenta peuvent être réunis, agglomérés, très-adhérents ou bien ils sont écartés les uns des autres et occupent un vaste espace, comme on l'a vu dans quelques grossesses tubaires et abdominales. Dans les grossesses dites abdominales secondaires, un kyste à parois plus ou moins épaisses existe. Ces parois peuvent être d'une épaisseur inégale dans les différents points de leur étendue, comme cela se remarquait dans un cas cité par M. P. Dubois. Il arrive dans ces grossesses une organisation analogue à ce qui se passe lorsqu'une hémorrhagie peu considérable s'est faite dans la cavité abdominale et que cette hémorrhagie n'a pas amené une inflammation trop considérable; le sang épanché se coagule, une partie est résorbée, l'autre s'isole des parties vivantes auxquelles elle emprunte les éléments d'un kyste qui doit l'emprisonner et lui permettre de séjourner au milieu des tissus. C'est une loi de la nature, et dans les grossesses dont nous parlons, l'œuf fait l'office de corps étranger, il est, pour ainsi dire, traité par l'organisme comme le caillot sanguin dont nous avons parlé.

Il peut arriver que le kyste fœtal, par suite de son accroissement, amène dans les parties voisines une inflammation; celle-ci détermine des adhérences et un commencement de kyste nouveau destiné à contenir le fœtus quand l'ancien kyste viendra à se rompre. C'est, pour ainsi dire, une poche d'attente qui pourra recevoir le fœtus, empêcher un épanchement des eaux de l'ancien kyste de se faire en dehors de cette nouvelle barrière et, par conséquent, prévenir de graves accidents inflammatoires.

Nous avons vu, que le kyste peut être perforé par des trajets fistileux, communiquer avec le canal intestinal, avec des abcès, avec le vagin, avec la vessie, avec l'utérus.

Quant au fœtus, on le trouve le plus souvent développé comme il aurait pu l'être dans l'utérus, et quelquefois dans un état de fraîcheur et de conservation remarquables. Le système osseux a été trouvé plus avancé dans certains fœtus extra-utérins qu'il ne l'est habituellement au terme de neuf mois. On a observé chez l'un d'eux les traces d'un travail d'éruption dentaire commencé.

Dans des observations rapportées par Osiander, Muller et Middleton, le fœtus présentait quelque monstruosité. M. Cruveilhier dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique en a fait représenter plusieurs cas fort intéressants, on peut y ajouter le fœtus acéphale de l'observation suivante qui nous a été communiquée par M. Oulmont.

Grossesse extra-utérine tubaire double, un des fœtus bien conformé, l'autre acéphale.

Rosalie C., âgée de trente-un ans, journalière, est entrée le 7 avril 1853, à l'hôpital de la Salpétrière, dans le service de M. Oulmont.

Cette femme qui n'avait jamais eu d'enfants, et qui a toujours été régulièrement menstruée, dit avoir fait il y a douze jours une fausse couche. Elle se croyait enceinte de trois mois. Ses règles avaient manqué depuis le mois de janvier. Elle a été prise, il y a douze jours, de douleurs hypogastriques accompagnées d'une perte de sang légère qui a persisté jusqu'à son entrée à l'hôpital. Elle a rendu des caillots et assure qu'un médecin a constaté la fausse couche. Depuis le jour où s'est déclarée la perte de sang, elle souffre de douleurs lombaires et hypogastriques; elle se sent faible, abattue, et a continuellement gardé le lit.

Elle fut visitée le 8 au matin, et on constata l'état suivant : Sa figure est pâle, décolorée, et exprime une souffrance profonde; ses traits sont comme grippés; elle répond mal aux questions qu'on lui adresse, et donne des renseignements confus. Il n'y a pas de céphalalgie, mais seulement quelques vertiges. Le ventre n'est ni développé, ni tendu, ni météorisé, il est assez souple. La pression détermine des douleurs dans toute son étendue, mais ces douleurs ne sont vives que vers l'hypogastre, encore faut-il une pres-

sion assez forte pour les déterminer. On ne sent ni tumeur, ni dureté dans la région hypogastrique, ni dans les fosses iliaques. Le toucher démontre que l'utérus est volumineux, peu mobile, le col fendu et entr'ouvert. Il s'écoule par les parties sexuelles un liquide blanchâtre ; on ne trouve ni caillots ni fausses membranes.

Il y a quelques nausées, pas de vomissements ; il n'y a point eu de selles depuis hier. Affaiblissement assez considérable ; la malade est abattue, pas de chaleur anormale à la peau, le pouls est petit et fréquent (108 pulsations). On prescrit 25 sangsues à l'hypogastre, cataplasme émollient, lavement.

Dans la journée, la malade pâlit beaucoup, et est prise de plusieurs syncopes successives ; les extrémités se refroidissent ; elle expectore avec difficulté des crachats muqueux, abondants. Vers trois heures, les syncopes se renouvellent à tout instant ; elle expire à quatre heures.

Autopsie faite trente-six heures après la mort.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une assez grande quantité de sang liquide et en caillots qui remplit les flancs et surtout la cavité du bassin. Le péritoine est teinté en rouge ; cette teinte disparaît au lavage, et nulle part on ne trouve de trace de phlegmasie ; il n'y a ni injection sous-séreuse, ni fausses membranes. Après avoir débarrassé l'abdomen des caillots et du sang liquide qu'il renfermait, on découvre, en refoulant en haut le paquet intestinal, une tumeur du volume d'une petite orange si-

tuée dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur, teinte en rouge, est lisse à sa partie supérieure, inégale et raboteuse à sa surface externe et postérieure. En arrière, dans un point qui réunit la surface lisse à la surface inégale, on trouve une ouverture de la dimension d'une pièce de un franc, à bords inégaux et déchirés. En écartant les bords de cette ouverture, on arrive à un corps étranger assez mobile, qu'on reconnaît facilement pour un petit fœtus. Cette découverte étant faite, les organes génitaux furent extraits avec soin, et nous remarquâmes qu'il existait une espèce de kyste du volume d'un œuf à l'extrémité de la trompe gauche. Un examen attentif de toutes ces parties nous offrit les particularités suivantes :

La matrice est manifestement plus volumineuse que dans l'état de vacuité; elle a augmenté en longueur et en épaisseur ; la longueur est de 9 centimètres et demi; le diamètre transverse, d'une trompe à l'autre, est de 7 centimètres. L'épaisseur de ses parois est au niveau de l'orifice des trompes de près de 2 centimètres, au col, de 1 centimètre. La substance est blanchâtre, ferme, et crie sous le scalpel. La cavité est lisse, blanchâtre, un peu inégale, comme tomenteuse. Dans la cavité du col jusqu'au museau de tanche, on trouve une masse gélatino-albumineuse blanchâtre et transparente, qui bouche complétement le col utérin. Celui-ci est volumineux, cylindrique, l'orifice est largement fendu en travers, et laisse voir l'espèce debouchon cylindrique dont j'ai parlé. Un stylet est introduit dans l'orifice des trompes,

mais il est impossible de le faire pénétrer plus avant.

Au côté droit de la matrice, du côté de l'ovaire, la trompe est terminée par une tumeur arrondie, ayant 7 centimètres dans son diamètre longitudinal, et 6 dans son diamètre transversal; cette tumeur est formée extérieurement par une masse qui n'est autre chose que les cotylédons d'un placenta. Dans toutes les autres parties l'enveloppe de la tumeur est mince et comme fibreuse. En arrière, au point où le placenta s'unit à la portion lisse de l'enveloppe, on trouve une ouverture à travers laquelle on voit un petit fœtus, enveloppé d'une membrane transparente qui est exactement appliquée sur son corps, sans aucune interposition de liquide. Le fœtus étant extrait, on voit que cette membrane tapisse toute la cavité du kyste, à laquelle elle adhère par des filaments celluleux. Le petit fœtus a 6 centimètres de longueur, toutes ses parties sont parfaitement conformées. Un cordon ombilical long et grêle l'unit au placenta.

Au côté gauche de la matrice, à cinq centimètres seulement de l'extrémité utérine de la trompe, se trouve une autre tumeur moins volumineuse que celle du côté droit, elle est tout à fait close et ressemble à un petit œuf. Une incision pratiquée à sa surface fait jaillir un liquide transparent, et au fond de la tumeur nous trouvons un second petit fœtus, reconnaissable aux extrémités inférieures très-apparentes; à un membre thoracique, celui du côté

gauche, et au cordon ombilical naissant de la partie inférieure de l'abdomen; ce deuxième fœtus est acéphale, sa longueur est de 4 centimètres. Le placenta est situé au côté externe de la tumeur et réuni au fœtus par un petit filament. Les deux tumeurs se sont développées aux dépens des trompes et de leurs pavillons. Les ovaires n'y participent en aucune façon, ils sont placés à la partie inférieure des tumeurs.

A l'extérieur, en examinant le fond de l'utérus, on voit que le grand épiploon a contracté avec lui des adhérences, ainsi qu'avec la trompe du côté gauche; celle-ci est tiraillée et plus rapprochée de l'utérus que celle du côté opposé.

Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre. Après l'examen attentif de la pièce anatomique qui nous a été communiquée par M. Oulmont, nous avons pensé que le petit fœtus acéphale était d'une époque déjà ancienne, car il a subi les transformations qu'on remarque dans beaucoup de ces tumeurs, qui après la mort du fœtus peuvent séjourner longtemps dans le corps de la mère sans compromettre sa santé. La rupture de l'autre kyste a été bien évidemment le point de départ des accidents qui ont fait périr la femme. Ce fait, jusqu'ici inédit, sera, du reste, communiqué prochainement à l'Académie de médecine et pourra être le sujet de considérations intéressantes.

Quant aux transformations du fœtus, M. Majon dit qu'en ouvrant le cadavre d'une femme âgée de soixante-dix-huit ans, il trouva dans la cavité abdo-

minale une tumeur qui occupait la moitié droite du petit bassin, et adhérait intimement par un tissu cellulaire épais à la vessie, au vagin et à la matrice. La membrane qui formait l'enveloppe extérieure de cette tumeur avait 1 centimètre d'épaisseur, et était presque cartilagineuse ; elle n'avait aucune communication avec les parties adjacentes. Elle contenait un fœtus entièrement ossifié, qui conservait la forme et la grandeur naturelles d'un fœtus de trois mois environ. (*Biblioth. méd.*)

Le journal de médecine de 1786 renferme une *observation sur une double grossesse ventrale, d'une femme morte à l'âge de 74 ans, envoyée par MM. Varnier et Mangin, médecin et chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Vitry-le-Français;* on trouve dans cette observation très-intéressante d'ailleurs qu'une masse volumineuse, de forme ovoïde était flottante dans la région hypogastrique, l'enveloppe était demi-osseuse demi-cartilagineuse, on fut obligé d'employer la scie pour en faire l'ouverture, et on trouva dans son intérieur un enfant à terme dont la main gauche et la main droite étaient ossifiées, « l'enfant et ses enveloppes ayant été tirés du ventre de la mère, on s'occupa d'observer la matrice, le vagin et les dépendances de ces parties ; les trompes, les ovaires, le vagin étaient dans l'état naturel ; mais on aperçut à la partie latérale gauche du corps de la matrice, un trou fistuleux absolument rond dans lequel on pouvait encore introduire l'extrémité du petit doigt.

On remarque de plus qu'il y avait au-devant de ce

trou, un peu en bas, un corps blanc de surface inégale et de consistance cartilagineuse. Ce corps de la grosseur d'un œuf de poule fut reconnu être l'enveloppe d'un fœtus, qu'on jugea d'environ deux mois; cette enveloppe était percée vis-à-vis le trou de la matrice; mais le fœtus qu'elle contenait était totalement décomposé; il n'en restait que les os. »

« La transformation crétacée du fœtus, dit M. Dezeimeris, ailleurs que dans les grossesses abdominales est fort rare; néanmoins elle a été observée dans la grossesse tubaire; le professeur Pfeffinger en avait recueilli un cas qui fut publié par Fritze, dans sa dissertation inaugurale (Strasbourg, 1779). »

« Les cas de transformation osseuse, crétacée ou en gras de cadavre, se rapportent essentiellement aux grossesses abdominales. Des cas, au contraire, qui se rapportent exclusivement aux grossesses ovariques, sont ceux où le fœtus ne se développe que très-imparfaitement, au point qu'on a peine à le reconnaître dans les rudiments informes que l'on trouve à la dissection. Ces cas conduisent à parler des fausses grossesses de l'ovaire, avec lesquelles on pourrait les confondre, c'est-à-dire du développement dans cet organe de masses de cheveux, de dents, de productions osseuses, développements qu'on attribua à des produits de conception avortés, jusqu'à ce que l'observation en eût fait rencontrer chez des petites filles dont l'âge excluait toute idée de conception antérieure (Baillie). Mais la limite est dificile à trancher entre ces cas. »

Outre les faits cités par Méry, en 1695, par Le Riche, en 1743, dans l'*Histoire de l'Académie des sciences*, il en existe un très-grand nombre qui ont été consignés par M. Maisonneuve, dans sa thèse de concours sur les maladies de l'ovaire.

Nous avons à nous occuper maintenant, pour terminer ce qui a rapport à l'anatomie pathologique des grossesses extra-utérines, des modifications importantes que subit l'organisme de la femme, soit dans le voisinage du kyste anormal, soit dans les organes génitaux. On est surpris de l'activité vitale qui se développe tout à coup dans les parties qui reçoivent anormalement le produit de la conception; quel que soit leur faible degré de vascularité, il s'y developpe des vaisseaux comme par enchantement. C'est pour ainsi dire une jeune plante qui va puiser partout les éléments de sa nutrition, et qui trouve un sol facile pour se développer. L'appareil générateur, comme nous l'avons vu, ne reste pas étranger à cette excitation nouvelle, il en ressent, pour ainsi dire, le contre-coup; le volume de l'utérus augmente, son tissu devient plus spongieux, enfin il se tapisse à l'intérieur d'une pseudo-membrane, comme si l'œuf allait s'y développer.

Haller, le premier, regarda cette membrane comme tout à fait semblable à la caduque. Cette augmentation dans le volume de l'utérus n'a pas, en général, une longue durée; il revient peu à peu sur lui-même, ce qui explique comment on a pu le trouver

avec le volume qu'il a dans l'état de vacuité, dans des grossesses extra-utérines datant de plusieurs mois ou de plusieurs années.

Traitement.

Il serait impossible de fixer un traitement unique pour tous les cas, pour toutes les époques de la grossesse extra-utérine; la marche de cette affection est si variable, qu'on ne saurait en assigner d'avance le mode de terminaison. Comment donc exposer des principes de thérapeutique généraux? Il faut examiner les cas divers dans lesquels le médecin se trouve en face d'un pareil mal, établir des hypothèses d'après la connaissance des observations qui ont été publiées; et, les circonstances particulières étant bien déterminées, discuter et conclure si l'art doit ou ne doit pas intervenir, et s'il intervient, quels procédés doivent être suivis. En un mot, nous établirons des catégories, à l'exemple de M. Dezeimeris dans son travail si souvent cité, et de M. Gerdy, dans le rapport qu'il a lu à l'Académie de médecine en août 1841.

Nous supposerons : 1° que la grossesse extra-utérine marche et se développe d'une manière régulière

sans accidents graves, et que la femme parcourt les neuf mois de gestation sans autres symptômes que ceux de la grossesse; 2° que le produit de la conception se déplace avant le terme ou au terme de la grossesse, en un mot, que l'œuf se rompt; 3° que le travail a lieu sans que l'œuf soit rompu; 4° que le kyste rompu, il n'y a aucun effort de la nature pour l'élimination du fœtus; 5° qu'une tendance manifeste a lieu; 6° que cette expulsion du fœtus se fait ou s'est faite en partie.

§ 1. *La grossesse extra-utérine est constatée; elle parcourt ses phases sans accidents.*

Si la grossesse extra-utérine se développe sans causer des accidents, l'art est à peu près impuissant à conjurer les dangers auxquels, par le seul fait de l'accroissement régulier de l'œuf, la mère et l'enfant sont exposés. Certes, ce serait un grand bienfait que d'arrêter ce germe de tant de désordres avant qu'il soit arrivé à un certain volume. Le fœtus, il est vrai, serait nécessairement voué à la mort, mais ne l'est-il pas, par son développement dans un lieu insolite, d'ailleurs, dans l'immense majorité des cas de grossesse extra-utérine, la mère n'est-elle pas souvent aussi victime? Conserver une mère au détriment d'un fœtus dont la vie future est fort incertaine, et dont la naissance est environnée de tant de périls, serait un acte qui ne saurait manquer d'être approuvé par la raison. Mais quel moyen employer

pour atteindre ce but? « Je ne me charge pas de l'indiquer », dit M. Dezeimeris. Dans un cas où le docteur Schlesier (Casper's *Wochenschrift*, 1845, n° 31), pour empêcher un plus ample développement dans l'ovaire, prescrivit sur la paroi abdominale, des frictions avec l'onguent mercuriel, dont on employa cent soixante grammes en un mois sans amener la salivation; il n'est pas démontré que le diagnostic ait été parfaitement exact, c'est-à-dire que la tumeur ovarienne ait été une grossesse extra-utérine. On ne comprend pas, d'ailleurs, que des frictions mercurielles puissent amener un pareil résultat. Nous savons que M. Voillemier a émis l'idée que des décharges électriques portées dans le kyste au moyen d'aiguilles à acupuncture, pourraient peut-être être essayées avec succès. A l'expérience seule est réservé de sanctionner cette tentative, qui nous paraît *à priori* pouvoir être expérimentée.

S'il est difficile de prévenir les accidents futurs par l'arrêt du développement de l'œuf, la question se présente naturellement de savoir si celui-ci ne devrait pas être extirpé comme une production morbide née dans l'ovaire. Or, deux cas se présentent : ou le kyste s'est développé dans le péritoine, ou la grossesse, étant sous-péritonéo-pelvienne, ils'est placé derrière le vagin, et forme une masse qui n'est séparée du doigt que par la paroi postérieure de ce conduit. Dans le premier cas, l'extirpation ne pourrait être faite que par une incision sur la paroi abdominale. Une pareille opération, grave par elle-même, par le seul

fait de l'exposition de la membrane séreuse de l'abdomen à l'air atmosphérique, emprunte un danger nouveau à la nature de la tumeur qu'il s'agit d'enlever. Ce n'est plus, en effet, comme dans les kystes séreux de l'ovaire, une masse sans adhérences, sans vaisseaux volumineux; c'est un œuf humain, c'est-à-dire une poche sur un point des parois de laquelle est un gâteau vasculaire fixé intimement aux organes avec lesquels il est en rapport. Comment donc espérer pouvoir facilement débarrasser l'organisme maternel de ce produit. N'y aurait-il pas danger imminent d'une hémorrhagie considérable et qu'on ne pourrait arrêter? Les manœuvres nécessaires pour détruire les adhérences n'exposeraient-elles pas à une péritonite mortelle? De plus, le diagnostic n'est pas toujours inébranlablement établi. Un médecin de Berlin pratiquait, en 1828, la gastrotomie pour extirper un œuf extra-utérin; la tumeur abdominale n'était pas formée par une grossesse; des matières fécales endurcies, arrêtées dans le colon ascendant, avaient fait croire à la présence de la tête d'un fœtus. (Siebold, *Journal für Geburtskunde,* t. IX, p. 737). On pourrait citer d'autres exemples, où des chirurgiens qui pratiquaient cette redoutable opération sont tombés sur des tumeurs autres que celles qu'ils pensaient rencontrer. Ainsi des tumeurs fibreuses de l'utérus ont été prises pour des kystes ovariques, et réciproquement.

Mais, dans la supposition la plus favorable, celle où le diagnostic ne serait point erroné, on ne serait

point autorisé à faire courir les chances d'une opération aussi redoutable que celle de la gastrotomie, à une femme qui pourra, cela est possible, vivre longtemps avec les débris d'un fœtus perdu dans l'abdomen, qui concevra et mettra peut-être au monde un nouvel être, qui, au terme de cette grossesse extra-utérine, sera, par une exception heureuse, placée dans des conditions favorables à la conservation de sa propre vie et de celle de son enfant. En un mot, tenter la gastrotomie alors qu'un œuf se développe hors de l'utérus sans déterminer un état alarmant, serait substituer à des accidents probables, éloignés, mais incertains, des dangers très-grands, certains et immédiats.

Dans le second cas que nous avons supposé, c'est-à-dire celui où la grossesse est sous-péritonéo-pelvienne, la tumeur faisant saillie dans le vagin, est, par conséquent, plus accessible. D'ailleurs, on possède des exemples de kystes séreux qui ont été ponctionnés ou incisés, de kystes fœtaux extirpés par cette voie. Si l'incision vaginale n'exposait pas, quoique à un degré moindre que la gastrotomie, à une inflammation du péritoine, inflammation qu'une simple ponction peut provoquer, on serait peut-être justifiable de tenter une opération sur le kyste fœtal. Mais en face du danger réel auquel expose l'ouverture de la séreuse abdominale, et de l'absence de tout accident actuel chez la mère, en présence des terminaisons heureuses que peut avoir une grossesse extra-utérine, nous pensons qu'il faut s'abstenir.

§ 2. *Les parois de l'œuf sont rompues, le fœtus s'est déplacé.*

Nous distinguerons dans ce paragraphe deux cas, à savoir, la grossesse était parvenue à son terme, ou en était très-rapprochée, ou bien la rupture s'est faite manifestement avant cette période.

Quand la rupture de l'œuf s'est faite avant les dernières périodes de la grossesse, dans les premiers mois, les dangers ne peuvent atteindre que la mère; car le fœtus nécessairement voué à la mort n'est plus en cause. Or, les accidents qui peuvent résulter de cette solution de continuité, et du passage du fœtus dans le péritoine, sont de différentes natures : 1° des accidents hémorrhagiques; 2° des accidents inflammatoires dépendants de l'épanchement de l'eau de l'amnios, du sang en plus ou moins grande quantité, et du contact du corps du fœtus avec la séreuse abdominale; 3° des accidents nerveux. On ne peut songer, pour les prévenir ou les arrêter, à donner issue aux matières tombées dans le péritoine; une opération serait pire que le mal. Qui peut assurer, en effet, que le sang ne coulera plus? La péritonite ne sera-t-elle pas plus intense encore, quand l'air atmosphérique aura eu accès dans l'abdomen? Les désordres nerveux ne doivent-ils pas devenir plus intenses? En conséquence toute opération est contre-indiquée. Les moyens curatifs se borneront à favoriser l'arrêt de l'hémorrhagie, et à conjurer l'inflammation consécutive, c'est-à-dire qu'on prescrira des calmants, des

anti-spasmodiques, les bains, la saignée, l'immobilité la plus grande. L'art ne parvient pas toujours à enrayer la péritonite à laquelle des malades succombent.

Que si la rupture de l'œuf s'opère vers la fin de la grossesse, à la suite d'un mouvement brusque, d'un effort, d'une violence extérieure ou par l'effet d'un travail analogue à celui de l'accouchement, la conduite du chirurgien devra-t-elle changer? Ici, la diversité des cas entraîne encore des particularités dans les indications. Une femme vient-elle de présenter les symptômes d'une rupture du kyste gestateur, le danger le plus imminent est celui que lui fait courir l'hémorrhagie, qui est d'autant plus grande à cette période de la grossesse extra-utérine, que les vaisseaux sont plus volumineux. Ajoutez à l'écoulement du sang, les désordres formidables du système nerveux. Le fœtus est bientôt mort, mais fût-il vivant, la conduite à tenir n'en est pas moins la même. La gastrotomie ne pourrait en effet que favoriser l'hémorrhagie, augmenter la violence des phénomènes nerveux, et amener infailliblement la mort de la mère. Mieux vaut en pareil cas, dit M. Gerdy, « laisser mourir la malade que la tuer ».

Mais quand les phénomènes immédiats de la rupture du kyste, du passage du fœtus, et des épanchements dans le péritoine sont calmés, les contre-indications disparaissant, on peut, on doit se demander si des raisons assez puissantes ne surgissent point pour autoriser la gastrotomie. Qu'on suppose, en effet,

qu'une femme, ayant une grossesse extra-utérine, ait souffert les douleurs de l'enfantement, qu'au bout d'un temps variable, elle ait tout à coup ressenti des secousses violentes, des tremblements dans l'abdomen, que la pâleur de la face, la froideur des extrémités, la petitesse du pouls, des syncopes aient annoncé une hémorrhagie interne, que des convulsions l'aient agitée; qu'on suppose, dis-je, que le pouls se soit relevé, les contractions spasmodiques apaisées, la chaleur revenue aux extrémités, et l'état de la malade n'est plus dominé par l'effet de l'hémorrhagie ou de la perturbation du système nerveux, mais bien par l'inflammation consécutive et ses fâcheux résultats. La cause de la gravité du pronostic est dans la présence du corps étranger qui, par son volume, sa consistance, les modifications qu'il subit, irrite sans cesse la membrane séreuse. C'est alors que l'homme de l'art peut tenter une opération qui aura pour effet d'enlever cette épine inflammatoire, et dont le danger ne sera que dans la communication du péritoine avec l'air atmosphérique, danger qu'égale celui du séjour du fœtus ou de ses débris. Si l'on compulse les observations de gastrotomie pratiquée avec succès qui ont été publiées, on verra qu'un bon nombre d'entre elles sont relatives à des cas qui présentaient les circonstances où nous nous plaçons.

L'hémorrhagie et les accidents nerveux étaient arrêtés chez la malade qu'opéra M. Mathieu de la Charité-sur-Loire. Mais si le chirurgien assiste une malade chez laquelle plusieurs jours se sont déjà

écoulés depuis la rupture du kyste, si l'inflammation de la séreuse peritonéale est déjà bien développée, il est plus prudent de faire la médecine du symptôme, et de chercher à en obtenir la résolution ; c'est alors que devient juste la proposition de Désormeaux, à savoir que, pratiquée de bonne heure, la gastrotomie aurait sauvé un grand nombre de femmes. Que si cette péritonite n'est pas intense, si elle décroît après avoir diminué sous l'influence du traitement, il faut espérer que la présence du fœtus sera tolérée, et attendre que de nouveaux symptômes fassent naître de nouvelles indications.

§ 3. *L'œuf n'est pas rompu ; il se fait un travail analogue à celui de l'accouchement.*

Nous supposons ici que l'œuf est arrivé ou à peu près parvenu à maturité. La nature s'efforce de pousser au-dehors le nouvel être, auquel il est impossible de parcourir les voies naturelles ; la femme s'épuise alors en efforts inutiles, dont la fin, après plusieurs paroxysmes, aboutit malheureusement à la rupture du kyste et à ses conséquences. Cette dernière période arrivée, le traitement rentre dans celui que nous venons de discuter dans le paragraphe précédent. L'art est-il impuissant à conjurer un pareil résultat, ou bien ne doit-il pas, par une active intervention, tenter de délivrer la mère, en conservant à la fois la vie au fœtus, questions graves

et qui placent le médecin dans un des embarras les plus grands qu'il puisse rencontrer?

On a recours naturellement à l'emploi des opiacées, à la saignée, aux bains fréquemment administrés. Mais, quand ils agissent, ces moyens infidèles conduisent à un résultat qui n'est que momentané; de nouvelles contractions se développent plus tard, et, en définitive, l'affaiblissement de la malade n'en est que plus grand. L'art possède un médicament qui active les contractions qui produisent l'accouchement, il n'en a pas qui les arrête ou les empêche.

Si donc les douleurs continuent, le chirurgien qui resterait spectateur devant ce phénomène abandonnerait la femme à toutes les chances malheureuses de la rupture. Ne serait-il pas d'une sage hardiesse d'aller, à travers la paroi abdominale, à la recherche du fœtus et de l'extraire? C'est sans doute là une ressource, mais qui, à des avantages, réunit de grands dangers.

En effet, à l'égard de la mère, le but de l'opération est de la délivrer des accidents redoutables qui accompagnent la rupture du kyste gestateur. Mais à quel prix peut-on atteindre ce but! La gastrotomie expose, comme on sait, à l'inflammation du péritoine, complication trop souvent mortelle. Cependant, si l'opération ne présentait d'autres chances défavorables que celle-là, en face des désordres qui accompagnent la rupture et des effets qui la suivent, il n'y aurait pas à balancer en faveur de la section abdominale. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Des

adhérences fixent les parois de l'œuf à des organes délicats, et il n'est pas facile de les détruire sans exposer ces organes à des tiraillements, à des déchirures et à une inflammation plus ou moins vive. Le placenta est le plus souvent solidement implanté, par conséquent, difficile à détacher. Si donc on est contraint de laisser au fond d'une vaste plaie de la paroi abdominale les parois d'un kyste dont l'organisation n'est pas homogène et qui diffère tant de celle des organes circonvoisins, il y aura des chances d'une violente inflammation, d'une suppuration extrêmement abondante. On le voit, la question est complexe; l'opération peut être fatale à la mère. Voyons les considérations relatives au fœtus.

Au terme de la gestation, le fœtus enfermé dans les membranes d'un œuf extra-utérin peut être aussi développé que si celui-ci se fût greffé dans la matrice, en suivant les voies normales de la génération. Il est donc dans toutes les conditions nécessaires au maintien de son existence; l'habitation qu'il occupe est seule opposée à sa délivrance. Il est donc évident que le procédé au moyen duquel il serait retiré du séjour inusité qui le recèle, est tout ce que l'esprit peut concevoir de mieux en sa faveur. Si, d'ailleurs, il est abandonné dans ce kyste, des contractions pourront amener plus tard une rupture, ou bien, celle-ci n'ayant pas lieu, et le terme de la grossesse étant dépassé, sa mort sera inévitable. La gastrotomie est donc, en cette occurrence, utile à l'enfant.

En présence des avantages et des désavantages de

cette opération, que faire? Si l'on considère que la marche naturelle de cette grossesse peut amener à des accidents sérieux, comme la rupture du kyste, l'épanchement de l'eau de l'amnios dans le péritoine, l'hémorrhagie, le passage du fœtus au milieu d'organes qui ne sont pas habitués à son contact; si l'on réfléchit d'ailleurs que souvent la gastrotomie peut devenir, plus tard, indispensable; si enfin on compare ces circonstances fâcheuses aux chances de l'ouverture de la cavité abdominale, on comprendra, avec M. Dezeimeris, que, en présence de douleurs violentes de l'enfantement chez une femme qui a une grossesse extra-utérine, le praticien ait des motifs suffisants d'extraire le produit de la conception par une incision abdominale. Cette opération a bien plus de chance de succès que l'opération césarienne pratiquée dans la grossesse normale, car il n'y a pas là une division étendue à faire sur un tissu vasculaire comme l'utérus.

Que si la tête du fœtus proéminait du côté du rectum ou du vagin, au lieu de pratiquer la gastrotomie, l'incision vaginale ou rectale serait indiquée. On lit dans les Archives générales de médecine de 1829, t. XXI, p. 286, qu'une femme qui avait déjà eu une première fois un avortement, fut atteinte d'une grossesse extra-utérine. L'extrémité céphalique de l'enfant proéminait dans le vagin, une ouverture fut pratiquée, par le docteur Caignou, sur la paroi postérieure; elle permit l'extraction d'un fœtus vivant; la mère succomba. Dans un autre cas dont

parle Planque, le sieur Lucas aurait, par une incision rectale, retiré une fille d'environ cinq mois, et dont la mère guérit. L'observation suivante nous présente l'extraction d'un fœtus vivant par le vagin; elle mérite d'être rapportée dans tous ses détails :

La femme dont il s'agit a été quatre jours en travail sans présenter aucun des signes ordinaires, à l'exception des douleurs qui se répétaient comme dans un accouchement naturel. La malade, fatiguée de ces efforts inutiles, demanda du secours; en arrivant j'explorai, dit l'auteur de l'observation, John King, les parties, et il me fut impossible de trouver l'orifice de l'utérus.

N'ayant jamais rencontré aucun signe de cette espèce, je réfléchis sur les moyens de délivrer cette malheureuse femme, et de sauver à la fois la mère et l'enfant.

L'opération était simple et consistait à ouvrir le vagin dans une grande étendue.

La tête du fœtus flottait et vacillait sur le côté droit de l'utérus et poussait cet organe hors de sa situation naturelle : j'introduisis aussi avant que possible un petit bistouri auquel le bout de mon doigt servait de guide, de manière à embrasser complétement la circonférence de la tête, et à prévenir ainsi tout déchirement des parties dans le cours du travail. Je perçai alors le vagin de part en part et conduisis le bistouri en bas et en arrière, dans la longueur de cinq ou six pouces, pour assurer l'extraction facile de la tête de l'enfant.

Dès que le vagin fut ouvert, les eaux s'écoulèrent en abondance, les membranes ayant été ouvertes par la même incision. J'engageai alors ma main dans la plaie faite au vagin et trouvai l'enfant placé très-haut et solidement fixé, sans que rien pût faire présumer qu'il descendrait dans le bassin.

Comme les contractions de l'utérus ne pouvaient nous être d'aucnn secours dans ce cas, et que tous les efforts de la mère se bornaient à la contraction des muscles droits, transverses et obliques de l'abdomen, je priai les assistants d'exercer des pressions douces et soutenues sur le ventre, et d'imiter avec leurs mains un mouvement circulaire qui aurait lieu de haut en bas.

La mère, animée ainsi par l'espoir d'être délivrée, redoubla ses efforts, et à l'aide du levier, je fis avancer lentement la tête dans le bassin; j'achevai l'extraction de l'enfant, après y avoir travaillé pendant deux ou trois heures sans interruption. Il est donc évident que les muscles abdominaux, seuls, sont insuffisants pour expulser le fœtus: j'en étais bien persuadé, et je dois attribuer en grande partie ce résultat à la coopération des assistants, jointe à l'action du levier sur la tête.

Il aurait été convenable de retourner l'enfant, si tous ces moyens avaient échoué.

Il se trouvait dans un état de mort apparente; mais n'ayant point de certitude à cet égard, je soufflai de l'air dans les poumons à l'aide d'un tube, et j'eus le plaisir de voir qu'il avait supporté tout ce

choc sans y succomber. L'hémorrhagie causée par cette large incision fut peu considérable, et ne pouvait, en aucune manière, m'inquiéter : elle fut même utile, en modérant l'inflammation adhésive.

L'enfant avait un volume ordinaire et était bien constitué.

Le placenta était extrêmement petit et le cordon ombilical d'une minceur remarquable, de sorte qu'il se rompit quand l'enfant s'étendit, sans aucune hémorrhagie.

La partie à laquelle le placenta adhérait, soit l'ovaire, soit le mésentère, l'intestin ou un des points de la surface externe de l'utérus, ne se prêtait probablement pas très-bien au nouvel ordre de choses qui s'établissait ainsi; et, par conséquent, elle circonscrivait le placenta dans des limites étroites; cependant, la nutrition du fœtus s'était très-bien faite. Ses artères ombilicales, faisant passer une moindre colonne de sang par ce cordon rétréci, la gestation s'était sans doute prolongée au delà du terme ordinaire; quoi qu'il en soit, mon objet n'est pas de faire des observations sur ce phénomène.

Le matin, après l'accouchement, je fis une forte saignée au bras, et donnai un calmant. La malade ne se plaignait de rien, lorsque je la quittai. Quand je la questionnai ensuite, relativement à l'opération faite avec le bistouri, elle me déclara ne pas avoir su que j'en avais employé un. Cette circonstance est bien faite pour engager à pratiquer l'incision, dans tous les cas de grossesse extra-utérine.

J'aurais voulu que son lit présentât un plan incliné, et qu'elle fût placée sur le dos, la tête très-basse.

Je ne pus la revoir que le troisième jour : je la trouvai alors avec beaucoup de malaise et des douleurs vers le pubis. En portant le doigt dans le vagin, je découvris que l'intestin était appliqué sur la plaie, qui était elle-même très-contractée.

Je lui ordonnai de se coucher sur le côté gauche, avec les hanches plus élevées, pour que les intestins pussent s'éloigner de la plaie par leur propre poids. Cette position gênante remplit mes vues, et son effet répondit à mon attente. Je fis appliquer un vésicatoire sur le pubis, et prescrivis une mixture saline anodine, à prendre trois ou quatre fois le jour. Je m'attachai à tenir les intestins dans un état de constipation, pendant dix jours, pour qu'il n'y eût plus aucune hernie à craindre.

Quinze jours après, cette femme sortit sans ma permission : je reconnus alors que l'intestin ne pouvait plus s'introduire dans la plaie, quelque attitude que prît la malade. Quinze jours plus tard, je ne pus découvrir aucune trace de l'incision faite au vagin. L'utérus reprit sa position naturelle, quoique tout son corps eût été effacé, j'en suis persuadé, pendant la durée de cette grossesse extra-utérine.

Cette grossesse est une preuve certaine que tout enfant placé ainsi peut, avec beaucoup de probabilité, être mis au monde vivant, et que l'opération offre beaucoup de chances de succès.

§ 4. *L'œuf rompu, et les accidents primitifs et consécutifs surmontés par la nature, il n'y a aucune tendance à l'élimination du fœtus.*

Il est plus sage de s'en tenir à l'expectation et de surveiller les progrès de la maladie que de tenter une opération dans de pareilles circonstances. On ne peut savoir, en effet, d'une manière positive quelle sera la terminaison définitive de cette grossesse. On s'exposerait, en conséquence, à pratiquer une opération grave dont les résultats sont incertains, quand en réalité la santé est compatible avec un produit de conception dans l'abdomen, quand d'ailleurs la nature travaille quelquefois à l'éliminer spontanément de l'organisme. L'art ne doit avoir recours alors qu'à des palliatifs, par exemple l'emploi des ceintures hypogastriques pour soutenir la paroi abdominale, pour prévenir une compression de la tumeur sur le rectum, sur la vessie, ce qui gênerait la fonction d'excrétion de ces viscères. On empêche ainsi, jusqu'à un certain point, la pression sur les vaisseaux et les nerfs, ce qui pourrait amener des infiltrations séreuses ou des douleurs névralgiques.

§ 5. *Il y a un travail qui tend à l'élimination.*

L'indication qui ressort évidemment de cet état est de le favoriser. Des bains seront prescrits, des ca-

taplasmes émollients seront maintenus sur la partie où s'annonce une inflammation et une suppuration sous-cutanée, préludes de l'ulcération des parois du kyste et de l'abdomen. Si le travail se fait du côté du vagin ou du rectum, des injections émollientes seront fréquemment portées sur le siége du mal. Si des abcès se forment, ils seront ouverts avec le bistouri. Il est toujours plus prudent d'attendre la perforation spontanée avant d'avoir recours à l'instrument tranchant, pour faciliter l'issue du fœtus; mais si la malade s'affaiblit de jour en jour, si des douleurs l'accablent, si d'ailleurs de fréquentes sollicitations sont adressées au médecin, il est autorisé à ne plus attendre, l'opération doit être pratiquée soit sur la paroi abdominale, soit sur le vagin ou le rectum, selon les cas. Les exemples de succès de gastrotomie pratiquée dans ces circonstances ne sont pas rares. Une femme de trente-deux ans fut opérée par le docteur Gais (*Gaz. méd.*, t. II, p. 132) près de deux mois après la mort du fœtus; une incision abdominale qui allait dans l'étendue de six pouces de la région de la rate, vers l'ombilic, permit l'extraction du fœtus. La malade guérit parfaitement.

§ 6. *Une ulcération s'est opérée spontanément ou aidée par l'art; la présence du fœtus peut être constatée avec un stylet, ou bien il sort en partie.*

L'opération qui doit être pratiquée dans ces cas ne peut être indiquée d'une manière générale. Les con-

ditions dans lesquelles se trouve le fœtus sont si variables que la particularité qui se présente indique les modifications qui doivent être apportées dans le procédé. Indépendamment de celles qui sont relatées dans les observations publiées à ce sujet, on prévoit qu'il puisse s'en présenter encore de nouvelles dans la pratique. C'est donc dans son génie que le chirurgien devra alors puiser des ressources. Toutefois, le fœtus étant situé en grande partie au-dessus du détroit supérieur du bassin, ou dans l'excavation, les opérations applicables à son extraction pourraient être rangées en deux séries, celles que l'on pratique au-dessus du pubis, celles que l'on pratique au-dessous. Ce sont, le débridement, la gastrotomie, les incisions vaginales ou rectales, la taille enfin ; diverses précautions doivent ensuite être mises en usage pour favoriser la cicatrisation.

Débridement. Il peut être indistinctement pratiqué au-dessus et au-dessous du pubis. Il est basé sur l'existence d'adhérences, en général étendues, que l'inflammation a développées entre les séreuses pariétale et viscérale. Son application sera principalement avantageuse, quand l'ulcération se sera produite sur une partie déclive; le pus ne pourra plus alors stagner dans le fond du foyer, la formation de fistules consécutives sera moins probable. Il faudra donc pratiquer un débridement, le plus large possible, sur les parties du fœtus qui se présenteront soit sur la paroi abdominale, soit dans le vagin ou dans le rectum. C'est toujours dans la partie la plus déclive

de la solution de continuité ulcéreuse que devra être porté le bistouri, car on diminuera ainsi la profondeur des clapiers purulents. Cependant, il ne faut pas perdre de vue la position des vaisseaux d'un certain calibre ; eux seuls peuvent faire déroger aux règles qui viennent d'être posées. Si donc on avait des raisons de ne pas prolonger les incisions dans tel ou tel sens, on pourrait avec succès imiter M. Vidal (de Cassis), en pratiquant le débridement multiple, tel que ce chirurgien l'a conseillé dans l'opération de la hernie étranglée et celle de la taille.

Mais il est des cas où l'ouverture de la paroi abdominale est très-élevée. En pratiquant le débridement, on laisserait derrière cette paroi une vaste cavité dont la profondeur, atteignant l'intérieur du bassin, donnerait difficilement issue au pus. La section sus-pubienne, pratiquée sur le côté de la ligne blanche, est préférable. Elle permet encore d'explorer la partie inférieure de l'œuf et d'extirper les parties qu'une trop grande adhérence ne fixe pas aux organes voisins.

Gastrotomie. Elle est, avons-nous dit, habituellement pratiquée par une section sur la partie latérale de la ligne blanche. Cependant il est un principe qu'il ne faut pas omettre ; c'est que, autant qu'il est possible, l'incision doit être faite sur le point le plus proéminent, ou dans celui où l'on croit sentir la tête du fœtus, c'est-à-dire, son extrémité la plus volu-

mineuse. Mais, nous le répétons, on ne saurait fixer de règles à cet égard. Le siége de la perforation, la partie la plus saillante de la tumeur, la prévision que le pus s'écoulera avec plus ou moins de facilité, sont autant de circonstances dont le chirurgien doit peser les avantages et les inconvénients, avant d'opérer. Aujourd'hui les exemples de gastrotomie pratiqués avec succès étant assez nombreux, on peut juger par ce qui précède, les divers cas de grossesses extrà-utérines, qui peuvent nécessiter cette opération.

Quand la tumeur fait plutôt saillie dans le vagin ou le rectum, ou bien à *fortiori*, quand une perforation s'est déjà spontanément produite sur un point des parois de ces conduits, il ne faut pas songer à la gastrotomie. La *recto* ou *vagino-section*, pour me servir de l'expression de M. Gerdy, doit être mise à exécution.

Vagino-section; Recto-section. Comme la grossesse sous-péritonéo-pelvienne est assez fréquente, et que la tumeur formée par l'œuf vient faire saillie sur la paroi postérieure du vagin, il n'est pas étonnant qu'on ait été assez fréquemment appelé à faire la vagino-section. Celle-ci est bien préférable à la gastrotomie, 1° parce que le kyste est plus rapproché de l'instrument et des doigts, 2° parce que l'ouverture sera placée dans une partie déclive qui facilitera l'écoulement des liquides, 3° enfin parce que le péritoine n'est pas incisé. Conseillée par Baudelocque et par Guérin,

cette opération a été pratiquée, au dire de M. Velpeau, par Delisle, Kiner, Deneux, M. Norman, M. Narder, etc. Aujourd'hui les observations ne sont pas très-rares.

Il arrive quelquefois que l'expulsion du fœtus se fait par cette voie, mais peu à peu; c'est-à-dire que diverses parties se présentent successivement. Le chirurgien doit, avant tout, chercher à les extraire, dilater l'ouverture spontanée, comme paraît l'avoir fait M. Amussat dans un cas où des débris sortaient par le rectum, pratiquer le débridement, des injections pour délayer les matières enfermées dans le kyste. Quand, au contraire, le fœtus se présente en masse, on l'extrait par la vagino-section.

C'est bien plus souvent par le rectum que par la vulve que des parcelles des os du fœtus sont éliminées au dehors. Il ne serait pas difficile d'accumuler un grand nombre de faits de cette terminaison. L'extraction du fœtus en masse est bien plus difficile que par le vagin, aussi cette dernière voie est-elle de beaucoup préférable. Les soins à donner à la femme sont les mêmes. Quelquefois il arrive qu'une double ulcération a ouvert et la paroi antérieure du rectum, et la paroi postérieure du vagin; les débris s'échappent alors et par la vulve et par l'anus.

Cystotomie. Enfin, dans les cas où le fœtus est tombé, où quelques-unes de ses parties sont tom-

bées dans la vessie, l'instrument tranchant doit être porté sur cette poche, afin de mettre un terme aux désordres qui accompagnent l'excrétion de l'urine, et à la suppuration qui affaiblit la malade de jour en jour. La section de la vessie a été faite par les deux voies que nous avons signalées, au-dessus et au-dessous du pubis. Le choix ne peut être libre; le chirurgien opère du côté où la tumeur fait une saillie plus grande, où une ouverture fistuleuse est déjà établie. Dans ce dernier cas, il l'agrandit, fait un véritable débridement. La taille hypogastrique a été pratiquée dans un cas relaté dans *London medical Journal* de 1800, pour extraire un fœtus tombé dans la vessie. Nous avons dit plus haut que M. Morlane avait vu extraire par cette voie deux pierres et cinq portions des os du crâne. Rappelons enfin le cas remarquable de Josephi, de Rostock.

Si le cathétérisme, aidé du toucher vaginal, indiquait dans la vessie la présence d'un fragment d'os peu volumineux, on devrait, avant de se servir de l'instrument tranchant, tenter la dilatation de l'urètre. Enfin, la cystotomie vaginale a été exécutée par M. Flaubert.

Avant de terminer ce qui a rapport au traitement, nous devons dire que, quant à la sortie du placenta et des membranes, elle peut avoir lieu de différentes manières. Dans les cas où le fœtus, altéré depuis longtemps dans un kyste ouvert, sort par fragments, le placenta se flétrit et suit la marche de décomposition du fœtus; comme lui, il est entraîné; dans le

cas, au contraire, où le fœtus est vivant et où une opération a été pratiquée dans le but de l'extraire, il y a une véritable délivrance à effectuer.

Plusieurs cas peuvent alors se présenter, ou bien le placenta se détache de lui-même, et de légères tractions suffisent pour l'extraire, comme dans la délivrance normale; ou bien les vaisseaux placentaires sont volumineux, comme nous l'avons dit, en parlant de l'anatomie pathologique, ils sont fortement adhérents aux parties sur lesquelles l'œuf s'est greffé; des tractions exercées dans ces cas, exposeraient à une hémorrhagie grave, ou à la déchirure des organes; l'intervention de l'art serait plus nuisible qu'utile. On doit alors s'abstenir, se contenter d'appliquer une ligature sur le cordon, et attendre des efforts de la nature l'expulsion du délivre.

Il n'entre pas dans notre sujet d'indiquer en détail les diverses précautions que le chirurgien doit prendre à la suite de ces diverses opérations. Elles rentrent dans les règles générales de la médecine opératoire. Nous dirons seulement que le chirurgien doit favoriser la sortie des lambeaux de l'œuf, en quelque point que les incisions aient été faites; qu'il doit surveiller l'écoulement du pus, pratiquer, s'il est possible, des contre-ouvertures, placer de larges sondes de gomme élastique dans les trajets, faire des injections détersives dans le vagin, dans le rectum, dans la vessie. Enfin, selon les complications qui peuvent survenir, employer des médications diverses dans lesquelles la diète, la saignée, les calmants, les toni-

ques, etc., etc., trouveront une application utile. En un mot l'homme de l'art n'oubliera pas qu'il a pratiqué une des opérations les plus graves, et qu'il doit en surveiller les résultats.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

Division des grossesses extra-utérines 5

grossesse ovarique 6

— sous-péritonéo-pelvienne 9

— tubo-ovarique 12

— tubo-abdominale 15

— tubaire 18

— tubo-utérine-interstitielle. 20

— utéro-interstitielle 24

— utéro-tubaire. 27

— utéro-tubo-abdominale 29

— abdominale. 36

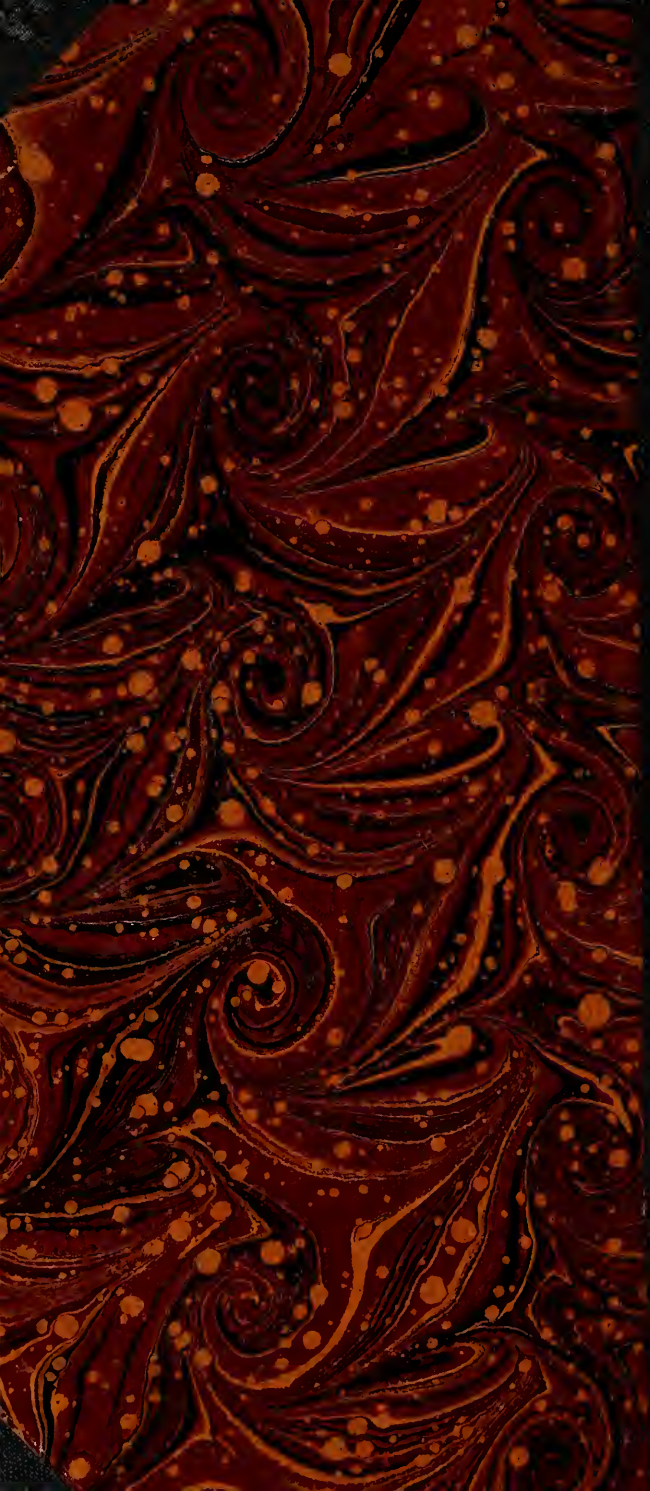
Causes 47

Signes 50

Phénomènes et marche de la grossesse extra-utérine . . . 77

Terminaisons 93

Anatomie pathologique 107

Traitement 118

J. HOLZER
BINDER
DORTMUND